

Санкт-Петербургский государственный университет

Кафедра онтопсихологии

Зав. кафедрой онтопсихологии

Дмитриева В. А.

Председатель ГЭК,

Сахарова Ю.И.

Выпускная квалификационная работа на тему:

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Направление 030300 - Психология

Рецензент:

канд. психол. наук, доцент СПбГУ

Грандилевская И.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Выполнил: студент

Ладэ Марта Дмитриевна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:

магистр психологи, ст. преп. СПбГУ

Горчакова Наталья Михайловна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург 2016

## АННОТАЦИЯ

Для изучения взаимосвязи индивидуальных оценок субъективного восприятия своего прошлого, настоящего, и будущего, а также их влияния на структуру пищевого поведения было обследовано 52 женщины с нарушениями пищевого поведения, не озабоченные проблемой снижения веса и довольные своей внешностью и жизнью в целом. Измерялись: биографические особенности женщин участниц исследования (биографический опросник); временная перспектива личности (методика Ф. Зимбардо); аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени (методика Ж. Нюттена), пищевое поведение (Голландский опросник пищевого поведения, шкала оценки пищевого поведения), стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой); расстройства личности (Опросник невротической личности KON-2006). Обработка данных: описательные статистики (средние и стандартные отклонения), построение таблиц сопряженности, корреляционный анализ. Результаты: эмоциональное отношение к настоящему и прошлому отрицательно взаимосвязаны с «некомпетентностью» и «неэффективностью». Чем в большей степени участницы исследования не уверены в себе и в возможности контролировать свою жизнь, чем им труднее «понимать» и распознавать свои эмоции, тем негативнее на аффективном уровне они воспринимают свою жизнь и прошлую, и настоящую. Мрачно окрашенное настоящее вызывает склонность к булимии. Таким образом, участницы благополучны, однако испытывают «недовольство телом» и «трудности в межличностных контактах», из-за «стереотипного» неприятия окружающими полных людей.

## ANNOTATION

For the purpose of studying relations between individual assessments of subjective perception of one's own past, present and future and their effect on eating behavior structure 52 women with eating disorders were studied, all of them with no weight loss goals and happy with their appearance and life in general. The following characteristics were measured: biography specifics of the subjects (a biographical questionnaire); time perspective of the personality (Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)); Attitudes to past, present, and future by J. Nuttin; eating behavior (Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) and "Behavioral self-regulatory style" by V. I. Morosanova); personality disorders (Neurotic Personality Questionnaire, KON-2006). Data analysis: descriptive statistics (mean values and standard deviations), contingency tables, correlation analysis. Results: Emotional attitude to present and past is negatively correlated with "incompetence" and "inefficiency". The less self-confident our subjects are about themselves and about their ability to control their life, the harder it is for them to "understand" and identify their emotions, and the more negative is their perception of their life at the affective level – both past and present. Negatively colored present causes a tendency to bulimia. Thus the subjects are satisfied with their lives but experience "unhappiness with their bodies" and "difficulties in interpersonal contacts" due to a "stereotypic" perception of overweight people by others.

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
1.1 Психологические исследования нарушения пищевого поведения.....	8
1.1.1 Определение пищевого поведения.....	8
1.1.2 Расстройства пищевого поведения .....	12
1.2 Временная перспектива в структуре мотивации нарушений пищевого поведения .....	26
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	32
2.1 Предмет исследования.....	32
2.2 Описание выборки .....	32
2.3 Цели и задачи исследования .....	32
2.4 Гипотезы исследования .....	33
2.5 Методы исследования.....	33
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	37
3.1 Анализ данных по биографическому опроснику .....	37
3.1.1 Анализ особенности пищевого поведения у женщин .....	37
3.1.2 Анализ вопросов о текущем состоянии и удовлетворенности в различных сферах жизни.....	38
3.1.3 Анализ ответов об отношении ко времени и будущему.....	41
3.2 Анализ результатов исследования особенностей пищевого поведения .....	42

3.3 Анализ результатов по «Опроснику невротической личности KON-2006» .....	46
3.4 Анализ результатов изучения временной перспективы и аттитюдов ....	49
3.5 Анализ результатов исследования особенностей саморегуляции .....	52
3.6 Корреляционный анализ.....	55
3.6.1 Корреляционные взаимосвязи показателей по биографическому опросника с нарушениями пищевого поведения.....	55
3.6.2 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с временной перспективой.....	57
3.6.3 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с особенностями саморегуляции .....	62
3.6.4 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с невротическими проявлениями личности .....	64
ВЫВОДЫ .....	65
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	78
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	88

## ВВЕДЕНИЕ

Восприятие времени, в частности субъективная оценка человеком своей жизненной перспективы, является одной из важнейших составляющих функционирования здоровой личности. Многочисленные исследования в этой области отличаются теоретической разрозненностью. Множество подходов в разной степени ориентированы на эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты личностных смыслов восприятия времени. В нашем исследовании под временной перспективой личности мы понимаем сложное личностное образование, определяющее отношение человека к событиям прошлого, настоящего и будущего в контексте мотивации сохранения здоровья, что представляется весьма актуальным. Обеспокоенность по поводу избыточной массы тела особенно распространена среди женщин, чему в немалой степени способствуют средства массовой информации, пропагандирующие определенные стандарты женской красоты и рекламирующие различные способы похудения. Современное общество, считая идеальной стройную женщину с фигурой, недостижимой для подавляющего большинства, вызывает чувство неадекватности у женщин, более или менее склонных к полноте.

*Цель исследования:* изучение взаимосвязи индивидуальных оценок временного континуума, а также их влияния структуру пищевого поведения.

*Задачи исследования:*

1. изучить направленность временной перспективы личности у женщин с нарушениями пищевого поведения, не озабоченных проблемой снижения лишнего веса и довольных своей внешностью;
2. изучить взаимосвязь биографических показателей, личностных особенностей и характеристик временной перспективы;

3. проанализировать взаимосвязь характеристик временной перспективы и поведения, которое имеет негативные последствия для здоровья.

*Предмет исследования:* структура личности женщин с лишним весом, не озадаченных проблемой снижения веса, и довольных собой.

*Гипотеза исследования:* поведение, ориентированное на поддержание и сохранение здоровья, взаимосвязано с субъективной ориентацией на будущее.

*Методы исследования:*

1. Метод мотивационной индукции Ж. Нюттена. 2. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо 3. Опросник невротической личности KON-2006. 4. Методика «Голландский опросник пищевого поведения» 5. Шкала оценки пищевого поведения 6. Методика «Стиль саморегуляции поведения» 7. Биографический опросник.

# **ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

## **1.1 Психологические исследования нарушения пищевого поведения**

### **1.1.1 Определение пищевого поведения**

Мы начнем эту главу с рассмотрения определения пищевого поведения, биологических (физиологических) типов воздействия, а так же влияния социально-психологических факторов на пищевое поведение.

В отечественной и зарубежной литературе под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [39]. Итак, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые носят индивидуальный характер [35]. Рассмотрим подходы к изучению пищевого поведения с биологической и психологической точки зрения.

Биологические потребности с учетом индивидуального опыта и конкретных условий относятся к физиологическим потребностям. Именно к их числу относятся привычки – «сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия очень высокой степени прочности и автоматизации» [27]. Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой [28], а также в немалой степени экономическими и личностными причинами. Стил ь пищевого поведения отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Питание – важнейшая биологическая функция и с первых минут жизни человека не только играет роль в удовлетворении голода, но и приносит избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления. Во время грудного вскармливания ребенок обретает крепкую связь с матерью, испытывает



ощущение комфорта и защищенности. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят» [1]. Извечным вопросом о ценности питания является вопрос о связи питания с жизненными целями «есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть». Потребность в пище является одной из первичных, биологических потребностей, и эта потребность направлена на поддержание гомеостаза. Прежде всего, мы едим для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать все сложные химические соединения, необходимые для жизни. Согласно теории А. Маслоу, потребности, касающиеся биологического выживания человека, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня [42]. Однако пищевой рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний, созданная атмосфера для приема пищи – все это носит индивидуальный характер. Роль физиологических механизмов приема пищи состоит в регулировании веса тела, обеспечении разнообразия питания и сохранения баланса. На физиологическом уровне это можно рассматривать как механизм ответной реакции. Наше поведение, связанное с потреблением пищи, определяет прием питательных веществ, необходимых для функционирования нашего организма. Два главных набора физиологических сигналов отвечают за стимулирование и прекращение приема пищи. Один набор сигналов стимулирует прием пищи и основан на запасе жира в организме. Второй набор физиологических сигналов связан с прекращением приема пищи, эти физиологические сигналы вызывают ощущение сытости. В совокупности эти два фактора помогают обеспечить регулярный прием пищи, предназначенный для поддержания определенного веса тела и определенного количества и баланса питательных веществ. Термин «голод» означает стимул или состояние мотивации, побуждение действовать. Голод также, уже с точки зрения психологии, означает субъективный опыт, или

ощущение, связанное с желанием получить и съесть еду. Это субъективное чувство голода представляет собой физиологические ощущения в теле, голове, спазмы в желудке, головокружение, тошноту, давление в горле. Описаны случаи несдержанности, вспыльчивости. Различают четыре категории прекращения приема пищи:

1. сенсорно-специфическое насыщение (это совокупность запахов, вкуса, температуры и состава пищи, «приятность» и эстетичность потребляемой пищи);
2. когнитивные процессы (определённые убеждения о свойствах пищи, и о том, как они влияют на человека);
3. эффект после употребления пищи (физиологический компонент);
4. эффект после всасывания веществ (каскад насыщения). [33]

Современные исследования в области социальной психологии отмечают социальное значение пищи для человека. Пищевое поведение с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии чего еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения и социализации: детские праздники, застолья, деловые обеды и приемы. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения.

Психологические и медицинские исследования пищевого поведения сводятся к тому, что на биологическое чувство голода непосредственно влияют привычки, сформированные в детстве и стратегии мышления [34].

В пищевом поведении различают: гармоничное или адекватное пищевое поведение и девиантное или отклоняющееся. Норма и патология зависят от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии личностных ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания и т.д. На выработку

стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса, существенное влияние оказывают этнокультурные факторы [35,18].

Итак, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей. Именно поэтому проблема изучения потребления пищи приобретает самостоятельное значение, ее следует отделить от проблем изучения процесса пищеварения [2]. Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда становится средством поддержания энергетического и пластического равновесия [3]. Исследователи в области пищевого поведения сходятся во мнении, что пища для человека является средством: чувственного наслаждения; разрядки психоэмоционального напряжения; самоцели; общения; самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности; поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции); компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе); награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи; удовлетворения эстетики пищевого поведения [10,11].

Пищевое поведение человека включает в себя нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и нарушения пищевого поведения. Нам показалось, что достаточно сложно выделить «нормальные» пищевые паттерны, и исследователи в значительной степени игнорируют отношение между нормальным и патологическим развитием пищевого поведения [16], существует строгая типология нарушений пищевого поведения.

### 1.1.2 Расстройства пищевого поведения

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) определяет три вида нарушений пищевого поведения:

1. нервную анорексию;
2. нервную булимию;
3. и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности, расстройство или компульсивное переедание (Binge Eating).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» и включает нервную анорексию и нервную булимию [18].

**Нервная анорексия (anorexia nervosa)** (от греческого *отрицательная приставка an – и orexis – аппетит*), представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» [12]. Данное расстройство относится к пограничным психическим заболеваниям. Чаще всего развивается у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудения, нарастающих вторичных соматоэндокринных сдвигах вплоть до кахексии и развития аменореи [6]. Отказ от еды чаще связан с недовольством своей внешностью и, в частности, избыточной полнотой (дисморфомания) [13]. Пациенты сознательно, длительное время тщательно скрывают истинную причину своего похудения и безуспешно лечатся у врачей различных специальностей – терапевтов, гастроэнтерологов, эндокринологов, гинекологов, невропатологов. Под наблюдением клинических психологов и психиатров они оказываются, как

правило, на стадии кахексии и по витальным показаниям. Лечение стационарное в психиатрической больнице. В динамике синдрома нервной анорексии выделяют четыре стадии [16]:

1. инициальная;
2. активной коррекции;
3. кахексия;
4. редукция синдрома.

Первая стадия нервной анорексии — инициальная — имеет свои особенности. Больные выражают недовольство преимущественно избыточной полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела («толстый живот», «круглые щеки», «толстые бедра»). Больным не нравится их фигура, поскольку она не соответствует их идеалу, иногда они стремятся к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения. В отличие от типичного синдрома дисморфомании, также не выражены идеи отношения и депрессия [13]. На стадии активной коррекции пациенты прибегают к различным способам снижения веса. Это прежде всего ограничение количества пищи, исключение из пищевого рациона отдельных продуктов, строгая диета, специальные физические упражнения (до полного изнурения), прием больших доз слабительных средств, сон в холоде, применение клизм, искусственное вызывание рвоты с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи, иногда в большом количестве, в связи с возможными приступами булимии (сильное чувство голода с невозможностью насыщения). На этой стадии присоединяются соматические проявления, наступает аменорея, приобретающая стойкий выраженный характер. На стадии кахексии имеется клиническая картина алиментарной дистрофии: снижение массы тела более чем на 50%, отсутствие подкожно-жировой клетчатки, сухость и бледность кожных покровов, акроцианоз,

зябкость, ломкость ногтей, выпадение волос, разрушение зубов, брадикардия, снижение артериального давления, патология со стороны желудочно-кишечного тракта, возможны голодные отеки и т.д. [7,8,26]. На ранних стадиях нервной анорексии, несмотря на похудание, больные очень подвижны, активны, деятельны, в то время как на стадии кахексии наступает адинамия, потеря трудоспособности. В связи с отсутствием критики к состоянию больные продолжают голодать, несмотря на крайне низкий вес. В процессе лечения по мере повышения веса тела вновь усиливаются мысли об избыточной полноте, страх перед пищей. При правильном лечении больные в течение 2-3 месяцев набирают вес до крайней границы нормы, однако менструации восстанавливаются несколько позже — через 8 месяцев — 1 год.

Необходимо учитывать, что синдром нервной анорексии может быть и начальным проявлением шизофренического процесса, в связи с чем уже на ранних стадиях необходима правильная диагностика. Дифференциально-диагностическим критерием синдрома нервной анорексии при шизофрении является бредовой характер идей излишней полноты, возможность ограничения в еде по бредовым мотивам иного содержания (пища плохо переваривается, прием жирной пищи вызывает угри на лице), а также характер коррекции «дефекта» внешности в виде быстрой замены ограничения в еде и активных физических упражнений искусственным вызыванием рвоты, и приемом больших доз слабительных средств [8,14]. При шизофрении, в отличие от пограничной патологии, рвоты не сопровождаются тягостными вегетативными реакциями и приобретают характер патологии влечений. По мере прогрессирования заболевания рвотам предшествуют периоды неутолимого голода, в связи с чем больные могут употреблять огромные количества иногда малосъедобной пищи (ведро воды с мукой и сахаром). Одновременно у больных нарастают характерные для шизофрении изменения личности. Возможно появление навязчивостей, сенестопатий [21]. Лечение должно быть комплексным: медикаментозным

плюс психологическая поддержка. На стадии кахексии на первом месте стоит общеукрепляющая терапия, частое дробное питание, налаживание деятельности желудочно-кишечного тракта. По выходе из кахексии важно удержать вес, преодолеть страх прибавки веса. Важное место в комплексном лечении занимает психотерапия, преимущественно рациональная. Необходимо применение также семейной психотерапии. Успех лечения в большой степени зависит от правильного поведения родственников больных, что требует от врача специальной работы с ними [26].

**Нервная булимия** (бычий голод) (от греч. *Вu(s)* – *бык* и *limos* – *голод*)

Нервная булимия представляет собой синдром, характеризующийся повторными приступами переедания и выраженным беспокойством по поводу массы тела, что приводит к выработке своеобразного стиля поведения: эпизоды обжорства, сопровождаемые компенсаторным поведением – индуцированием рвоты, использованием слабительных средств, чрезмерной физической активностью. Это расстройство имеет много общего с нервной анорексией, включая сверхзабоченность своей фигурой и массой тела на фоне дисморфоманических идей [15]. Нервная булимия является относительно молодой нозологической формой: так первое медицинское описание данной патологии было сделано в начале XX века, а R. Casper в обзорном исследовании указывает, что временем появления данного заболевания следует считать 40-е годы прошлого столетия [36,37]. Однако исторические источники указывают, что в древности к индуцированной рвоте прибегали жители Египта, Греции, Рима, России и ряда арабских стран. К примеру, в древнем Риме существовали vomitorии, которые люди посещали для того чтобы употребить рвотное средство, а древний философ Сенека писал: «Люди ели, чтобы вызвать рвоту, и вызывали рвоту, чтобы есть» [22]. Впервые термин «нервная булимия» был введен G. Russel в 1979 г. для описания неблагоприятного злокачественного варианта нервной анорексии. Во время длительного периода субклинических

нарушений или в развернутой стадии пациенты часто первично обращаются за помощью к врачам общей практики, в том числе по поводу возникающих соматических патологий. При этом следует признать, что у врачей общей практики отсутствует настороженность в отношении различных вариантов нервной булимии [22,36]. Распространенность нервной булимии в популяции среди женщин составляет от 1,1 до 4,2%, а заболеваемость 26,5 случаев в год на 100 000 населения. Заболевание начинается в возрастном интервале 15–25 лет, что несколько позднее, чем начало нервной анорексии. Женщины в 8–10 раз чаще страдают данной патологией, чем мужчины [27]. По данным Американской Психиатрической Ассоциации от 1994 года субклинические формы, распространенность которых в популяции колеблется от 4 до 16% и в 2–5 раз превышает распространенность основного синдрома, являются подводной частью айсберга. В американских работах указывается, что 10% девушек в возрасте до 13 лет сообщают о самовывызывании рвоты с целью снизить массу тела, а в старших классах у 25–35 % девушек отмечались эпизоды переедания, чередующиеся с очистительным поведением. С психологической точки зрения у больных с легкими субклиническими формами имеются идеи, связанные с их весом, формой тела и стереотипом питания, доминирующего характера; у пациентов с выраженными манифестными формами данные идеи становятся сверхценными [40].

Диагностические критерии нервной булимии:

1. Неоднократно повторяющиеся «приступы обжорства» (булимические кризы, binge-eating), характеризующиеся двумя признаками: потребление пищи за определенный промежуток времени (как правило, не превышающий 2 часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях в тот же промежуток времени. Чувство потери контроля над пищевым поведением во время эпизода переедания: неспособность перестать есть, неспособность проконтролировать вид и количество съедаемой пищи.



2. Регулярное принятие неадекватных мер по борьбе с увеличением массы тела (компенсирующее поведение): использование самопроизвольных рвот, злоупотребление клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами, ограничение себя в еде, чрезмерная физическая активность.

3. Приступы переедания повторяются не менее двух раз в неделю в течение 3 мес (в проекте DSM-V не менее одного раза в неделю).

4. Уровень самооценки чрезмерно зависит от формы тела и веса.

5. Имеется искаженное восприятие своего облика.

В работах В. В. Мариловой и М. Б. Сологуб предлагается использовать дополнительные диагностические критерии для диагностики нервной булимии в дополнение к вышеперечисленным [31,36].

Классификация нервной булимии:

1. с очистительными процедурами: в текущей стадии заболевания субъект регулярно вызывает рвоту или неоправданно пользуется слабительными или мочегонными препаратами или клизмой;

2. без очистительных процедур: в текущей стадии заболевания субъект регулярно практикует другие виды компенсирующего поведения: голодание, чрезмерная физическая активность, но не прибегает к очистительным процедурам.

**Компульсивное переедание.** Клинически значимые нарушения пищевого поведения, которые не удовлетворяют диагностическим критериям нервной анорексии или булимии. Binge-Eating Disorder, BED) по своим клиническим проявлениям имеет сходство с нервной булимией за исключением регулярности дезадаптивного компенсаторного поведения

(например, самовывзвания рвоты). В качестве исследовательских критериев для этого расстройства в DSM-IV приводятся следующие:

Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся:

1. употреблением определенно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот же промежуток времени при подобных обстоятельствах) за очерченный (например, двухчасовой) промежуток времени;
2. чувство утраты контроля над приемом пищи (ощущение того, что в течение эпизода прием пищи находится вне волевого контроля (т. е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется)) [36].

При оценке компульсивного переедания затруднения могут быть вызваны оценкой времени окончания и размеров эпизода переедания, т. к., в отличие от эпизода при нервной булимии, он не заканчивается рвотой и утрата контроля над приемом пищи может продолжаться несколько часов. Было обнаружено, что 24 % эпизодов переедания у женщин с диагнозом BED продолжаются на протяжении целого дня. У лиц, предъявляющих жалобы на наличие эпизодов обжорства, зачастую обнаруживаются эпизоды переедания, которые бывают трудно отличимы от приема пищи здоровыми людьми. Для уточненной оценки следует основываться на следующих критериях. Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку из-за смущения по поводу объема поглощенной пищи, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания). Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства. У людей, страдающих компульсивным перееданием, при клиническом обследовании выявляется выраженная обеспокоенность по поводу своей проблемы,

которую они обычно оценивают как типичное поведенческое нарушение. Это беспокойство обычно связывается пациентами с чувством «утраты контроля» над приемом пищи и последствиями этого поведения для здоровья. Однако необходимо отметить, что рассмотренные три основных типа расстройств не отражают всего разнообразия нарушений пищевого поведения. Среди других нарушений выделяют эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение. [32,36]. Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т. д.), а на внешние: витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, реклама пищевых продуктов. Реакцию на внешние стимулы к приему пищи определяет не только аппетит, но и медленно формирующееся, неполноценное чувство насыщения. Другим типом нарушений пищевого поведения является эмоциогенное пищевое поведение. Оно наблюдается у 30 % населения. Такое нарушение наиболее характерно для эмоциональных женщин, но встречается и у людей любого пола. При этом типе пищевого нарушения, стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он обижен, разочарован, ему скучно, одиноко и т. д. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек заедает свои горести и несчастья, «заедает» свой стресс, так же, как человек, привыкший к алкоголю, его «запивает». Продукты питания для людей с эмоциогенным пищевым поведением являются своеобразным лекарством, так как действительно приносят им не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение. Третий тип нарушений пищевого поведения – ограничительное пищевое поведение. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты. Такого рода диету невозможно соблюдать долгое

время, и достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе – в период ограничений он страдает от сильного голода, а во время переедания страдает от того, что опять набирает вес и все его усилия были напрасными [20].

**Ожирение** – одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. В настоящее время каждый четвертый житель планеты имеет избыточную массу тела или страдает от ожирения. Во всех странах отмечается прогрессирующее увеличение численности больных как среди взрослого, так и среди детского населения. Всемирная организация здравоохранения признала ожирение эпидемией XXI века. По прогнозам эпидемиологов предполагается, что к 2025 году от ожирения уже будут страдать 40 % мужчин и 50 % женщин. С распространением ожирения по планете множатся и усугубляются связанные с ним тяжелые соматические заболевания: сахарный диабет второго типа, артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, онкологические заболевания и другие, которые приводят к ухудшению качества жизни, ранней потере трудоспособности и преждевременной смертности. В клинической практике нередко недооценивается отрицательное влияние ожирения на возникновение, течение и эффективность лечения заболеваний, развившихся на фоне избыточного веса. Больные с осложненным ожирением, как правило, получают медицинскую помощь только по поводу уже имеющейся сопутствующей патологии, им не проводится лечение, направленное непосредственно на снижение массы тела и тем самым на предупреждение осложнений. [41].

Ожирением называется избыточное отложение жира в организме. Ожирение может быть самостоятельным заболеванием либо синдромом, развивающимся при различных заболеваниях (в последнем случае избыток массы тела может устраниться после излечения или компенсации основного

заболевания). Отрицательное влияние избыточного веса на здоровье человека известно со времен Гиппократ, которому принадлежит афоризм «Внезапная смерть более характерна для тучных, чем для худых». Тем не менее, современные представления о нормальной массе тела начали формироваться только с 30-х годов XX века. До этого периода так называемые болезни цивилизации не являлись существенной проблемой для медицины, с трудом боровшейся с инфекционными заболеваниями. При средней продолжительности жизни менее 40 лет влияние избыточной массы тела не могло стать объектом исследования [9]. В формировании нарушений пищевого поведения при ожирении большое значение имеет: во-первых, наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи; во-вторых, неправильное воспитание в раннем детстве; в-третьих, особенности личности больного. Второй и третий факторы связаны с психологическими особенностями возникновения и поддержания лишнего веса [38].

Несмотря на широкую распространенность, а также доказанную роль ожирения в патогенезе серьезных сопутствующих заболеваний, единая патогенетическая классификация ожирения к настоящему моменту не разработана. Предлагаются различные варианты классификаций ожирения, наиболее используемыми из которых являются классификация по индексу массы тела (ИМТ), рекомендованная ВОЗ и рабочая этиопатогенетическая классификация ожирения (по Дедову И.И. и Мельниченко Г.А.) ИМТ является наиболее информативным показателем, который рассчитывается делением показателя массы тела в килограммах на показатель роста человека, выраженный в метрах и возведенный в квадрат ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Индекс массы тела = масса тела (кг) / рост ( $\text{м}^2$ ) Идеальное значение ИМТ составляет 18,5- 24,9.

### Степени ожирения (классификация по ИМТ)

Масса тела	ИМТ	Риск сопутствующих заболеваний, связанных с ожирением
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Обычный
Предожирение (избыточная масса тела)	25,0-29,0	Повышенный
Ожирение 1 степени	30,0-34,9	Высокий
Ожирение 2 степени	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение 3 степени	>40,0	Чрезвычайно высокий

### Классификация ожирения [43, 41]

а) Первичное ожирение. Алиментарно-конституциональное (экзогенно-конституциональное).

1. Конституционально – наследственное.
2. С нарушением пищевого поведения.
3. Смешанное ожирение.

б) Вторичное ожирение.

1. С установленными генетическими дефектами.

2. Церебральное ожирение.

3. Эндокринное ожирение.

4. Ожирение на фоне психических заболеваний и/или приема нейролептиков.

**Стадии ожирения:**

1. прогрессирующая;

2. стабильная.

**Типы ожирения:**

1. "Верхний" тип (абдоминальный), мужской.

2. "Нижний тип" (бедренно-ягодичный), женский.

Ожирение представляет собой сложное нарушение разнородного происхождения, включая в себя различные типы поведения, связанного со здоровьем и индивидуальный выбор пищи. Рассматривая историю развития взглядов на проблему ожирения в психологии можно выделить два направления: первый, касается тела человека. Он включает в себя, прежде всего объективные причины: патологию обменных процессов, гормональный дисбаланс, культуральные особенности питания. Вторая причина кроется в глубинных душевных причинах: чувство вины, неприятия, отверженности и др. Несмотря на многочисленные исследования ожирения, ученые медицинских и психологических специальностей до конца не понимают четкую взаимосвязь между психологическими переменными (стресс, особенности личности, мотивации) и развитием и ожирения. Большинство психологических исследований в области изучения ожирения связано с изучением и формированием реакции на стрессовые и эмоциональные

стимулы посредством потребления пищи. Анализ таких исследований можно отнести к психосоматической теории возникновения ожирения. Среди исследований в этой области хочется отметить Бокона и Эйкена (1981), они продемонстрировали, что именно диета, а не само ожирение главным образом прогнозировала излишнее потребление пищи как реакцию на стресс. Таким образом, люди, страдающие ожирением, сидят на диете в попытке контролировать свой вес, испытывают хронический стресс, что приводит к еще большему потреблению пищи. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название «диетической депрессии». Впервые «диетическую депрессию» описал А. Стункард в 1953 году это такие эмоции: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, и удрученность. Эта группа исследований согласуется с другой, не менее важной концепцией в изучении психологических аспектов ожирения - ограничительным типом пищевого поведения. Предполагается, что пациенты, ограничивающие потребление пищи, пытаются ограничить прием пищи посредством различных процессов самоконтроля. Однако, когда эти процессы растормаживаются, потребляется излишнее количество пищи. Наличие семейной предрасположенности к ожирению не вызывает сомнений. Вероятность развития избыточной массы тела при наличии ожирения у родителей составляет 70-80 %, в то время как в целом в популяции эти показатели составляют не более 30%, а при дефиците массы у родителей - до 14%. Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения, приводящего к ожирению, имеет неправильное воспитание в раннем детстве. Существует ряд закономерностей, способствующих развитию ожирения: [4,5].



1. пища играет доминирующую роль в жизни семьи; она – главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. любой соматический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод. Отмечается стереотипное кормление ребенка в ситуации внутреннего дискомфорта, что впоследствии не позволяет ему научиться четко дифференцировать соматические ощущения и эмоциональные переживания, например отличать голод от тревоги и внутреннего напряжения.

3. в семьях не происходит адекватного научения поведению в период стресса; и закрепляется стереотип «когда мне плохо, я должен есть»;

4. обнаружены нарушения взаимоотношений между матерью и ребенком; в основном они проявляются формальной гиперопекой, при которой главными заботами являются: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание матери ребенок может только голодом. Прием пищи становится суррогатной заменой других появлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость пищи;

5. в семьях психотравмирующие конфликтные ситуации в межличностных отношениях.

Немаловажную роль в становлении ожирения играют и личностные факторы. Анализ проведенных исследований в этой области позволил нам выделить следующие:

1. социальная ориентированность пациентов с ожирением;
  2. хороший интеллект;
  3. низкая стрессоустойчивость;
  4. склонность к тревожно-депрессивным реакциям;
- психическая незрелость;

5. преобладание несовершенных психологических защит;  
повышенная, плохо контролируемая эмоциональность;  
пассивные формы поведения.

## **1.2 Временная перспектива в структуре мотивации нарушений пищевого поведения**

В нашем исследовании мы рассмотрим временную перспективу личности как часть мотивационной структуры нарушений пищевого поведения. Восприятие времени, и особенно субъективная оценка человеком своей жизненной перспективы, является одной из важнейших составляющих функционирования здоровой личности. Исследования в этой области отличаются теоретической разрозненностью – существует множество подходов, в разной степени сконцентрированных на эмоциональных, когнитивных и поведенческих аспектах личностных смыслов восприятия времени. В нашем исследовании мы остановимся на подходе Ф. Зимбардо и изучению мотивации и временной перспективы Ж. Нюттена [36]

В отечественной психологической науке временная перспектива стала интенсивно изучаться с конца 80-х годов прошлого века. Получены многочисленные данные о социально-экономических, половозрастных и индивидуальных психологических факторах становления временной перспективы личности. Такие ученые как К. А. Абульханова-Славская, 2003; С. А. Башкова, 1999; Ю. А. Васильева, 1997; Горбатов С. В., 2000; К. Муздыбаев, 2000; И. А. Спиридонова, 2002; Н. Н. Толстых, 1987; А. И. Федоров, 1996 и др.). Однако исследований, посвященных изучению возможностей влияния временной перспективы на пищевое поведение, нам найти не удалось.

Под временной перспективой понимается «неосознанный процесс, с помощью которого человеческий опыт размещается в определенные

временные категории, или временные рамки, таким образом, придавая ему порядок, согласованность, и смысл». Ф. Зимбардо был предложен инструмент для оценки временной перспективы (ZTPI – Zimbardo Time Perspective Inventory) [45,46] объединяющий мотивационные, эмоциональные, когнитивные и социальные аспекты функционирования личности и получивший широкое распространение во всем мире. А. Сырцова с соавторами (2008) разработала языковую и культуральную адаптацию опросника ZTPI на русскоязычной выборке. Авторами была произведена оценка психометрических свойств русской версии опросника, его шкалы проверены на внутреннюю согласованность и воспроизводимость, структура русской версии опросника практически полностью воспроизводит факторную структуру оригинала. [23,24,25].

Взаимодействие со временем – фундаментальная характеристика человеческого опыта, как объективного так и субъективного. Психологическое время личности является связующим звеном между всеми структурами реальности, пронизывает все сферы жизнедеятельности человека, как внешние, так и внутренние. Представления человека о собственном будущем, отношение к своему будущему обеспечивает эффективность деятельности в настоящем. Теоретически обоснованное положение о том, что временная перспектива как совокупность представлений о будущем, размышление о нем и планирование своей жизни, способны оказывать сильное мотивационное влияние, активизировать и регулировать поведение человека актуально для исследования пищевого поведения человека.

Психологический инструментарий предложенный Ф. Зимбардо и Ж. Нюттеном ориентирован на изучение будущего, и измеряют степень поглощенности личности вероятными событиями будущего, иногда противопоставляя ориентацию на будущее ориентации на прошлое/настоящее. Происходит изучение длительности временного

промежутка, на которую производится планирование, например, количество месяцев или лет, охватываемых в сознании личности, а также мотивационно-аффективный аспект, связанный с этим. Изучается содержание мыслей о будущем, эмоциональная реакция на представления личности о своём будущем, степень детализации предполагаемых событий, оптимизм или пессимизм их описания и т.д. Измеряется так называемое «принятие во внимание будущих событий», показывающее степень принятия во внимание отдалённых последствий при совершении действий и принятии решений. Разработка методов оценки временной перспективы положила начало практическим исследованиям ее роли в функционировании личности. Часть работ была посвящена изучению связи между временной перспективой, употреблением психоактивных веществ и мотивацией к сохранению здоровья. Результаты показали, что ориентация на временную перспективу гедонистического настоящего является значимым предиктором употребления психоактивных веществ. В исследовании с применением опросника на временную перспективу предлагается учитывать фактор временной перспективы в разработке программ профилактики и лечения аддиктивных нарушений [48].

Некоторые данные зарубежных исследований показывают, что способность индивида к самоконтролю, планированию собственного поведения и применению знаний на практике имеет непосредственное отношение к оценке им субъективного временного континуума [46]. Исследования взаимоотношений между физическим и психическим здоровьем и временной перспективой показали важность баланса временной перспективы – баланса между позитивным отношением к прошлому, ориентацией на будущее и получением удовольствия в настоящем [47]. Сравнительное кросскультурное исследование взаимосвязи между временной перспективой и здоровьем в российской и британской выборках показало, что, несмотря на общность структуры временной перспективы,

существуют культуральные различия в восприятии прошлого, настоящего и будущего [43].

Итак, в качестве выводов из аналитического обзора литературы мы можем выделить следующее:

1. Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые носят индивидуальный характер;

2. В пищевом поведении различают: гармоничный или адекватный тип и девиантное или отклоняющееся (нарушения пищевого поведения). Норма и патология зависят от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии личностных ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания и Т.Д.;

3. Исследователи в области пищевого поведения сходятся во мнении, что пища для человека является средством: чувственного наслаждения; разрядки психоэмоционального напряжения; самоцели; общения; самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности; поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции); компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе); награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи; удовлетворения эстетики пищевого поведения;

4. Определяют три вида нарушений пищевого поведения: нервную анорексию; нервную булимию; и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство или компульсивное переедание (Binge Eating);

5. Ожирение – одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. В настоящее время каждый четвертый житель планеты имеет избыточную массу тела или страдает от ожирения. Во всех странах отмечается прогрессирующее увеличение численности больных как среди взрослого, так и среди детского населения. В формировании нарушений пищевого поведения при ожирении большое значение имеет: во-первых, наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи; во-вторых, неправильное воспитание в раннем детстве; в-третьих, особенности личности больного. Второй и третий факторы связаны с психологическими особенностями возникновения и поддержания лишнего веса;

6. Существенное значение в формировании нарушений пищевого поведения, приводящего к ожирению, имеет неправильное воспитание в раннем детстве. Существует ряд закономерностей, способствующих развитию ожирения: пища играет доминирующую роль в жизни семьи; любой соматический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод; в семьях не происходит адекватного научения поведению в период стресса и закрепляется стереотип «когда мне плохо, я должен есть»; обнаружены нарушения взаимоотношений между матерью и ребенком; в основном они проявляются формальной гиперопекой, при которой главными заботами являются: одеть и накормить ребенка; в семьях отмечаются психотравмирующие конфликтные ситуации в межличностных отношениях.

7. Немаловажную роль в становлении ожирения играют и личностные факторы. Анализ проведенных исследований в этой области позволил нам выделить следующие: социальная ориентированность пациентов с ожирением; высокий уровень интеллекта; низкая стрессоустойчивость; склонность к тревожно-депрессивным реакциям; психическая незрелость; преобладание несовершенных психологических защит; повышенная, плохо контролируемая эмоциональность; пассивные формы поведения.

8. В нашем исследовании мы рассматриваем временную перспективу личности как часть мотивационной структуры нарушений пищевого поведения. Восприятие времени, и особенно субъективная оценка человеком своей жизненной перспективы, является одной из важнейших составляющих функционирования здоровой личности. Исследования в этой области отличаются теоретической разрозненностью – существует множество подходов, в разной степени сконцентрированных на эмоциональных, когнитивных и поведенческих аспектах личностных смыслов восприятия времени. В нашем исследовании мы остановимся на подходе Ф. Зимбардо и изучению мотивации и временной перспективы Ж. Нюттена.

9. Психологические исследования взаимоотношений между физическим и психическим здоровьем и временной перспективой показали важность баланса временной перспективы – баланса между позитивным отношением к прошлому, ориентацией на будущее и получением удовольствия в настоящем.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Предмет исследования**

Предметом нашего исследования является структура личности женщин с лишним весом, не озадаченных проблемой снижения веса, и довольных собой.

### **2.2 Описание выборки**

В исследовании приняли участие женщины среднего возраста (от 25 до 45 лет) с избыточной массой тела. Критерий отбора в исследуемую группу – отсутствие озабоченности проблемой снижения лишнего веса и довольство своей внешностью. Большая часть женщин (85 %) согласно ИМТ находятся на стадии предожирения, а остальные 15 % – страдают ожирением 1 степени. Всего в исследовании приняли участие 52 человека.

### **2.3 Цели и задачи исследования**

*Цель исследования:* изучение взаимосвязи индивидуальных оценок временного континуума, а также их влияния на структуру пищевого поведения.

*Задачи исследования:*

1. изучить направленность временной перспективы личности у женщин с нарушениями пищевого поведения, не озабоченных проблемой снижения лишнего веса и довольных своей внешностью;
2. изучить взаимосвязь биографических показателей, личностных особенностей и характеристик временной перспективы;
3. проанализировать взаимосвязь характеристик временной перспективы и поведения, которое имеет негативные последствия для здоровья.



## **2.4 Гипотезы исследования**

В результате проведенного анализа литературных источников были сформулированы следующие **гипотезы исследования**: поведение, ориентированное на поддержание и сохранение здоровья, взаимосвязано с субъективной ориентацией на будущее.

Дополнительные гипотезы:

1. женщины с лишним весом, субъективно довольные собой, отличаются высоким жизненным тонусом, благополучием в семейной и профессиональной среде;
2. на женщин с лишним весом оказывается социальное влияние, снижающее самооценку.

## **2.5 Методы исследования**

В нашем исследовании были использованы следующие методики:

1. *Биографический опросник*. Под цели и задачи нашего исследования были использованы авторские вопросы, касающиеся актуальной ситуации участников нашего исследования. Опросник включает в себя вопросы, касающиеся социо-биографического статуса участников исследования, семейного статуса, профессиональной составляющей. Блок вопросов освещает отношение к телу, представления о женской красоте и полноте. Полный текст опросника находится в приложении (Приложение А).
2. *Метод мотивационной индукции*, предложенный Ж.Нюттенем. Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени (в адаптации К. Муздыбаева, 2002). Данная шкала основана на семантическом дифференциале Осгуда и состоит из 19-ти биполярных прилагательных.

Ответы даются по 7-балльной системе, где 7 – самая высокая позитивная оценка, а 1 – крайне негативная.

Три индекса по данной шкале:

*Эмоциональное отношение ко времени* (аффективное восприятие)  
Первый индекс образован на основе следующих пунктов шкалы: приятное-неприятное, безопасное-страшное, прекрасное-ужасное, легкое-трудное и светлое-темное.

*Ценностное отношение ко времени.* Во второй индекс вошли пункты: насыщенное событиями - бедное событиями, интересное - скучное, значительное - незначительное, осмысленное - бессмысленное, мое - чужое.

*Личностный контроль времени* (оценка способности управлять своим временем)

*Третий* индекс основан на пунктах: исполненное надежд - безнадежное, быстро проходящее - долго тянущееся, успешное - неудачное, свободное - несвободное, активное - пассивное.

1. Опросник временной перспективы Зимбардо (англ. Zimbardo Time Perspective Inventory, сокр. ZTPI) (в адаптации А. Сырцовой 2008) направлен на диагностику системы отношений личности к временному континууму. Методика направлена на оценку отношения к времени, а через это – на оценку отношения личности к окружающей действительности вообще, а также к самому себе, своему опыту и грядущим перспективам.

2. Опросник невротической личности KON-2006 указывает на некоторые из аспектов (субсистем), имеющих специфическое влияние на образование невротических расстройств (автор Е. Александрович, в адаптации Тромбчиньски П. К. 2010). Опросник может облегчить оценку и описание этих дисфункций, одновременно дифференцировать невротические расстройства и другие стрессовые реакции (особенно „острые”), на образование которых личностные дисфункции никак не влияют.

Психометрические особенности 24 шкал этого опросника позволяют считать их достаточно однородными, верными и более менее независимыми, а анализ «попадаемости» показывает на большую вероятность того, что эти шкалы информируют о дисфункциях личности, связанных с развитием невротических расстройств. Объем этих дисфункций описывает значение общего показателя усиления личностных условий невротических расстройств X-KON. Опираясь на метод самоописания, этот опросник дает возможность оценить степень дисфункций личности без особенных временных затрат испытуемых, а использование компьютерных программ дает возможность получения распечатки содержащей как информацию об ответах, так и значений отдельных шкал а также показателя X-KON.

3. Методика «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) для оценки расстройств пищевого поведения. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ. Был создан в 1986 году голландскими психологами на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Целью создания данного опросника было получение простого и валидизированного инструмента для качественной и количественной оценки расстройств пищевого поведения, связанных с перееданием и сопровождающим его ожирением, и дифференцированной выработки стратегии клинической работы с пациентами. При создании опросника использовались три теории переедания, каждая из которых нашла отражение в диагностике соответствующего типа пищевого поведения: эмоциогенного, экстернального и ограничительного.

4. Шкала оценки пищевого поведения (англ. Eating Disorder Inventory, сокр. EDI). Клинический диагностический инструмент, выполненный в форме опросника, предназначенный для выявления расстройств приёма пищи, в первую очередь нервной анорексии и нервной булимии. Первая

версия опросника была разработана в 1983 году D. M. Garner, M. P. Olmstead, J. P. Polivy. Основная цель создания опросника EBI была в том, чтобы не только показать различие физиологических, поведенческих и личностных характеристик между подгруппами пациентов с клинически значимыми девиациями в пищевом поведении, но и разделить лиц с субклиническими формами расстройств и практически здоровых.

5. Методика «Стиль саморегуляции поведения» для оценки развития индивидуальной саморегуляции. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) был создан в 1988 году в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции В. И. Моросановой и пригоден как для научных исследований, так и в качестве инструмента практической диагностики различных аспектов индивидуальной саморегуляции. Утверждения опросника построены на типичных жизненных ситуациях и не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной или учебной деятельности. Цель методики – это диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности.

### **Математические методы обработки**

Описательные статистики (средние и стандартные отклонения), построение таблиц сопряженности и сравнение процентных распределений по хи-квадрату Пирсона, сравнение средних значений по t-критерию Стьюдента для независимых и зависимых выборок. Корреляционный анализ по критерию Спирмена.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1 Анализ данных по биографическому опроснику

#### 3.1.1 Анализ особенностей пищевого поведения у женщин

Все женщины, принявшие участие в исследовании, страдают избыточной массой тела (таблица 1). При этом у 15 % наблюдается ожирение I степени, у остальных – состояние предожирения.

**Таблица 1. Распределение выборки в зависимости от массы тела по ИМТ (ВОЗ,1997)**

ИМТ	Класс массы тела	Количество
25,0 – 29,9	Избыточная масса тела (предожирение)	84,6 %
30,0 – 34,9	Ожирение I степени	15,4 %

Женщины из данной группы, в основном, (кроме 9,6 %), хотят сбросить вес (максимальный показатель 10 кг). Около 40 % до 6 кг, остальные 6-10 кг. При этом преобладающее большинство женщин (92,3 %) уверены, что такие изменения им под силу. Только четверть опрошенных женщин, страдающих лишним весом, отмечают, что у них не было проблем с питанием в детстве. Остальные или затруднились с ответом (36,5 %), или отмечают, что проблемы с питанием в детстве были.

**Таблица 2. Проблемы с питанием в детстве**

Проблема	Количество выборов (%)
Плохо питались из-за нехватки средств	9,6
Был плохой аппетит	15,4
Меня перекармливали	28,8
В нашей семье культ еды	28,8
Другое	17,3

В основном это или «культ еды в семье» ( 28,8 %), или их слишком часто перекармливали (28,8 %). Плохой аппетит или плохое питание в детском возрасте отмечают лишь 5,4 и 9,6 % соответственно. То есть, наше исследование подтверждает тот факт, что истоки склонности к лишнему весу идут с детства, зачастую из-за чрезмерной заботы родителей об усиленном питании ребенка.

Также нельзя не учитывать генетическую склонность к лишнему весу. Среди опрошенных только у одного человека нет родственников, страдающих излишним весом. У большинства опрошенных (71,2 %) таких родственников не менее 2-3.

Большинство опрошенных женщин (73,1 %) согласны с утверждением, что у женщины должны быть «округлые формы», так как главное, чтобы было здоровье.

При этом все опрошенные считают, что женщина не должна быть «худощавой» или «полной». Так, большинство считают, что женщина должна быть нормального телосложения (73,1 %). Для другой части опрошенных совершенно не важно телосложение, главное здоровье.

Так как преобладающее большинство женщин, страдающих лишним весом, считают, что женщина должна быть нормального телосложения, то неудивительно, что у основной части их текущий вес все же оказывает влияние на самооценку (рисунок 1). Лишь для 30,8 % (меньше трети) ощущение своей ценности не связано с наличием или отсутствием лишнего веса.

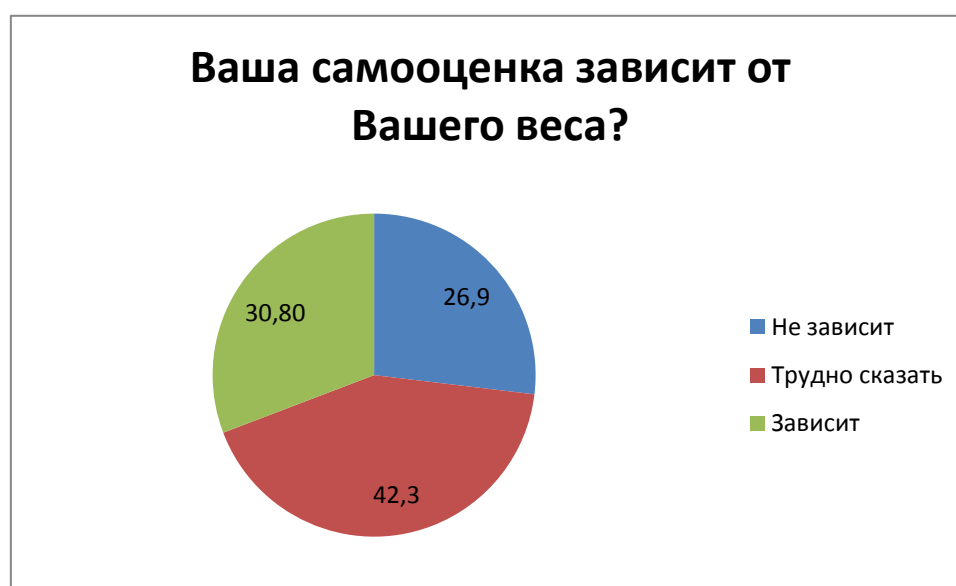
### **3.1.2 Анализ вопросов о текущем состоянии и удовлетворенности в различных сферах жизни**

Лишь 17,3 % отмечают ухудшение своего здоровья и физического состояния за последние несколько лет. Преобладающее большинство не

наблюдает явных изменений в своем состоянии здоровья (76,9 %), а несколько человек даже отмечают улучшения – 5,8 %.

Также практически все женщины не ощущают нехватку жизненного тонуса и энергии (таблица 3). При этом половина из них даже отмечают у себя более высокую жизненную энергию и тонус, по сравнению с окружающими.

**Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос «Ваша самооценка зависит от Вашего веса?»**



**Таблица 3. Распределение ответов на вопросы об уровне жизненного тонуса и энергии.**

Показатель	Уровень		
	Ниже, чем у других	На среднем уровне	Выше, чем у других
Настроение и жизненный тонус	5,8	44,2	50,0
Активность и жизненная энергия	-	46,2	53,8

Только четверть опрошенных признают, что не имеют регулярные физические нагрузки. Около половины затруднились с ответом (42,3 %), а почти треть считают, что их физические нагрузки регулярны (32,7 %). Интересно, что абсолютно все опрошенные желают сделать свою двигательную активность более регулярной и эффективной. Такие данные вполне закономерны, так выборка достаточно молодая (до 45 лет) и активная.

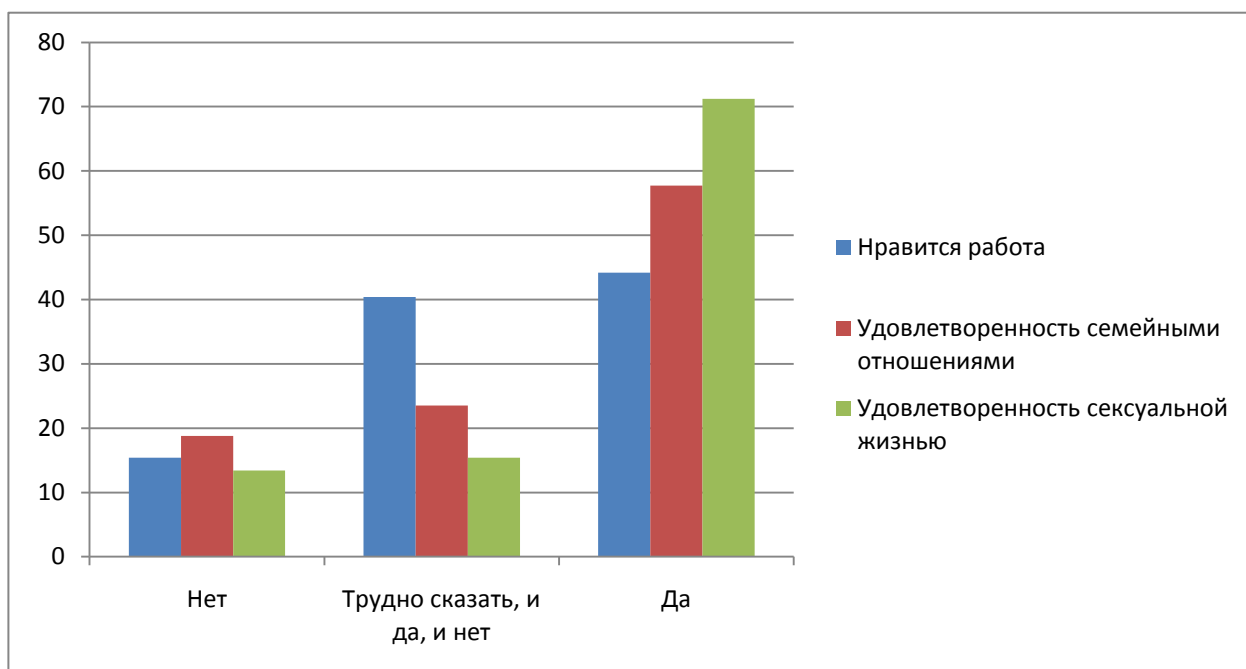
Интересно, что полное недовольство своей работой, семейной и сексуальной жизнью наблюдается меньше чем у 20 % опрошенных (таблица 4, рисунок 2). Некоторая неудовлетворенность работой наблюдается у 40,4 %, а семейной жизнью лишь у 23,5 %. В основном принявшие участие в исследовании удовлетворены и работой (44,2 %), и семейными отношениями (57,7%), и своей сексуальной сферой (71,2 %).

**Таблица 4. Распределение ответов на вопросы об удовлетворенности различными сферами жизни**

Вопрос	Варианты ответов		
	Нет	Трудно сказать, и да, и нет	Да
Нравится работа	15,4	40,4	44,2
Удовлетворенность семейными отношениями	18,8	23,5	57,7
Удовлетворенность сексуальной жизнью	13,4	15,4	71,2



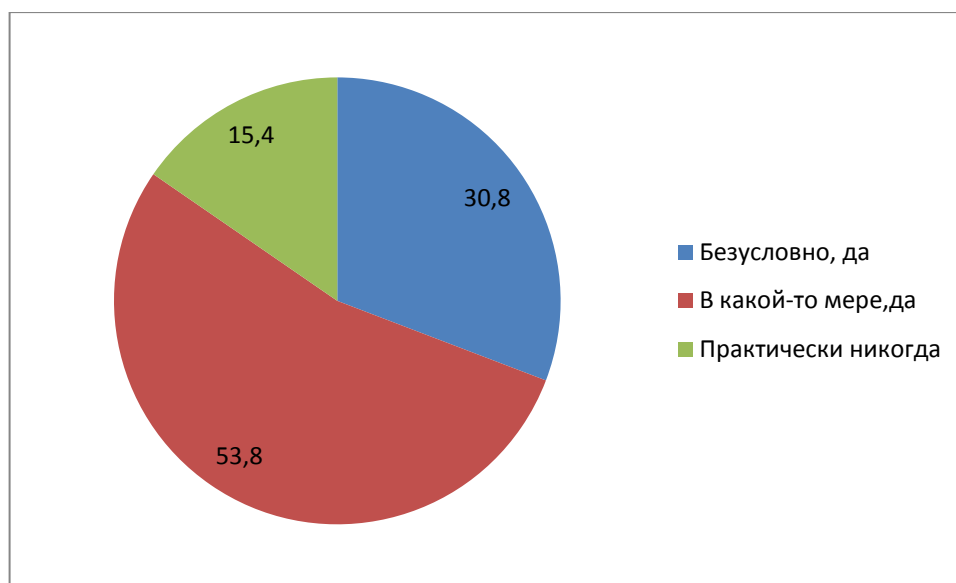
**Рисунок 2. Распределение ответов на вопросы об удовлетворенности различными сферами жизни**



### **3.1.3 Анализ ответов об отношении ко времени и будущему**

Также в опросник были включены вопросы, касающиеся планирования будущего. Среди женщин, страдающих лишним весом, только 15,4 % не обеспокоены будущим (рисунок 3). А у почти у трети опрошенных будущее вызывает сильную тревогу.

**Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос «Беспокоит ли Вас Ваше будущее?»**



Также среди опрошенных не встречаются люди, которые не склонны строить какие-либо планы на будущее. Преобладающее большинство склонно строить планы, чаще на ближайший год (36,5 %) или несколько лет (40,4 %). Большинство опрошенных женщин не считают, что они проводят много времени впустую, а продуктивно используют свое время (92,3 %).

### **3.2 Анализ результатов исследования особенностей пищевого поведения у женщин**

Описательные статистики по методике «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП) отражены в таблице 5.

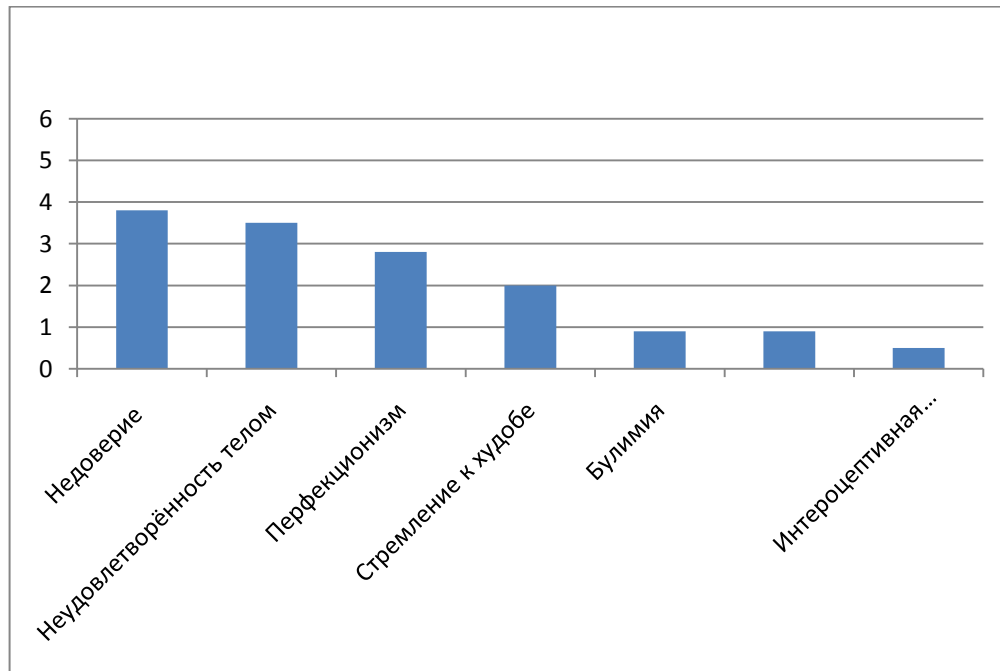
Согласно полученным данным, наблюдается некоторое повышение показателей лишь по двум шкалам: «Недоверие в межличностных отношениях» (3,8 балла) и «Неудовлетворённость телом» (3,5). При этом по всем шкалам достаточно высокое стандартное отклонение (до 2,8), что свидетельствует о повышенном разбросе индивидуальных значений. То есть часть опрошенных все же воспринимают определенные части тела как чрезмерно толстые и испытывают некоторое чувство отстраненности от контактов с окружающими. Возможно, такой результат можно проинтерпретировать так:

несмотря на то, что женщины в, основном, здоровы, они испытывают недовольство телом и трудности в межличностных контактах из-за «стереотипного» неприятия окружающими полных людей.

**Таблица 5. Средние значения показателей по методике ШОПП**

Шкала	Среднее	Ст.откл.
Стремление к худобе	2,0	2,0
Булимия	0,9	2,1
Неудовлетворённость телом	3,5	2,2
Ощущение общей неадекватности (неэффективность)	0,9	2,1
Перфекционизм	2,8	2,8
Недоверие в межличностных отношениях	3,8	2,1
Интероцептивная некомпетентность	0,5	1,9

**Рисунок 4. Средние значения показателей по методике ШОПП**



Наименьшие значения средних значений по шкалам: «Интероцептивная некомпетентность» (0,5), «Булимия» (0,9) и «Ощущение общей неадекватности (неэффективность)» (0,9). То есть для преобладающего большинства опрошенных женщин, принявших участие в исследовании, не

свойственны такие нарушения пищевого поведения как: дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения, наличия неопределимых побуждений к перееданию и очищению, сильные ощущения общей неадекватности (чувства одиночества, отсутствие ощущения безопасности и неспособности контролировать собственную жизнь).

Средние значения и стандартные отклонения показателей расстройства пищевого поведения по методике DEBQ отражены в таблице 6. Наиболее высокие значения у группы по шкале «Ограничительное пищевое поведение» (3,45 при норме до 2,4). То есть женщины, принявшие участие в исследовании, в основном, страдают избыточными пищевыми самоограничениями и увлечением слишком строгими диетами, что может привести к «диетической депрессии».

Также у данной выборки, согласно проведенному исследованию, наблюдаются нарушения пищевого поведения также и по «эмоциогенному» типу (среднее 2,77 при норме 1,8). То есть у женщин с лишним весом, принявших участие в исследовании, при эмоциональном напряжении увеличивается аппетит и стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт (тревожность, раздражение, обида и т.п.). Еда таким людям приносит не только насыщение, но и успокоение.

Экстернальное пищевое поведение не превышает средних значений группы нормы.

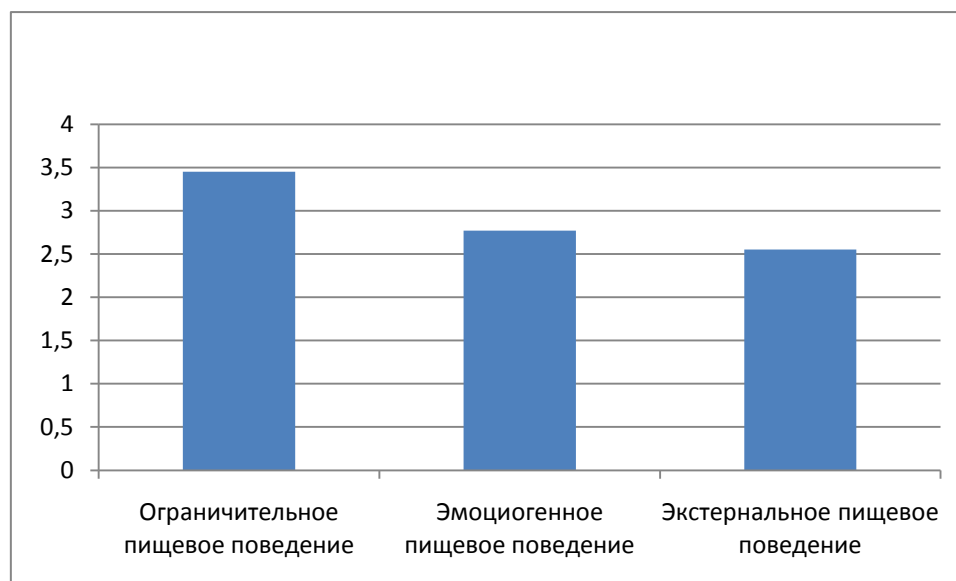
**Таблица 6. Средние значения показателей расстройств пищевого поведения по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)**

Шкала	Среднее	Ст.откл.
Ограничительное пищевое поведение	3,45	0,09
Эмоциогенное пищевое поведение	2,77	0,05

### Продолжение таблицы 6

Экстернальное пищевое поведение	2,55	0,11
---------------------------------	------	------

**Рисунок 5. Средние значения показателей расстройств пищевого поведения по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)**



Для дополнительного анализа мы посчитали количество женщин, у которых значения по шкалам выше среднего (нормы), что говорит о нарушении стратегии пищевого поведения (таблица 7).

**Таблица 7. Количество женщин со значения показателей расстройств пищевого поведения выше среднего по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ)**

Шкала	Значение выше среднего
Эмоциогенное пищевое поведение	84,6 %
Ограничительное пищевое поведение	80,8 %
Экстернальное пищевое поведение	78,8 %

У всех опрошенных женщин хоть по одной шкале среднее значение выше среднего. При этом у большинства из них значения выше среднего по всем трем или двум шкалам, поэтому можно говорить о смешанном типе расстройств пищевого поведения. Но судя по средним значениям по группе, эти расстройства выражены несильно.

### **3.3 Анализ результатов по «Опроснику невротической личности KON-2006»**

Результаты анализа наличия невротических черт личности у опрошенных по опроснику KON-2006 отражены в таблице 8 и рисунке 6. Как видно из таблицы, наличие серьезных невротических расстройств свойственны для единиц (1,9 %). В общем, можно утверждать, что женщины, принявшие участие в исследовании, не страдают личностными дисфункциями.

Наиболее часто у женщин с лишним весом наблюдаются повышения значений по трем шкалам: «отчужденность» (78,8 %), «мелочность» (у 69,2 %) и «иррациональность» (у 67,3 %). То есть, преобладающее большинство опрошенных ощущают себя человеком несколько одиноким, лишенным должной поддержки и понимания со стороны окружающих. Также больше, чем для половины женщин в некоторой степени все же свойственны такие особенности мышления как педантичность, мелочность, наличие нерациональных установок, мышление построенное на желаниях.

Интересно, что для большинства опрошенных совершенно не свойственна «отрицательная самооценка» (80,8 %). То есть в основном женщины, принявшие участие в исследовании, не ощущают себя непривлекательными, ничего не стоящими и не испытывают недовольство собой.

Также хочется отметить, что при чувстве «отчужденности» большинство опрошенных все же не испытывают затруднения в контакте с людьми, недоверчивость в отношениях («сложность эмоциональных контактов» -- у 82,7 %) и проблемы в межлических отношениях (84,6 %)

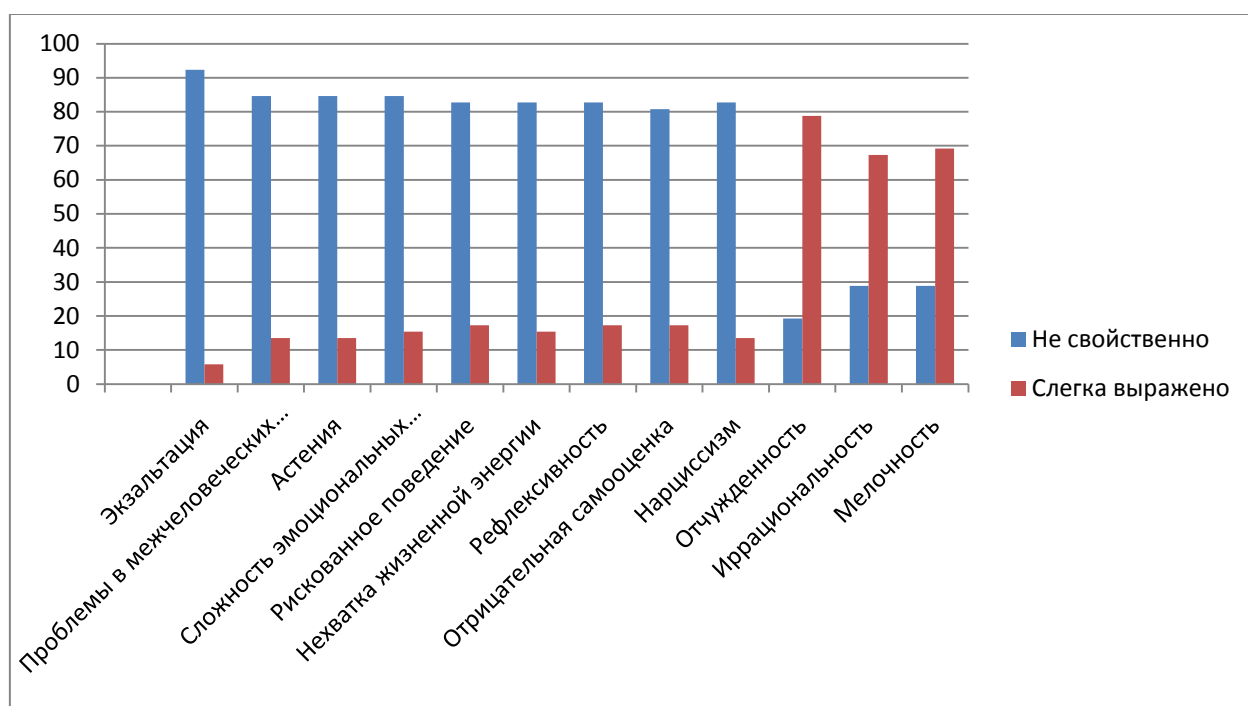
**Таблица 8. Процентное распределение женщин в зависимости от выраженности невротических расстройств по шкалам «Опросника невротической личности»**

Шкалы	Не свойственно 0 баллов	1 балл	Сильно выражен 2 балла
1. Чувство зависимости от окружения	61,5	36,5	1,9
2. Астения	84,6	13,5	1,9
3. Отрицательная самооценка	80,8	17,3	1,9
4. Импульсивность	55,8	44,2	-
5. Сложность принятия решений	75	23,1	1,9
6. Отчужденность	19,2	<b>78,8</b>	1,9
7. Демобилизация	71,2	26,9	1,9
8. Рискованное поведение	82,7	17,3	-
9. Сложность эмоциональных отношений	84,6	15,4	-
10. Нехватка жизненной энергии	82,7	15,4	1,9
11. Уверенность в собственной жизненной беспомощности	69,2	28,8	1,9
12. Чувство отсутствия влияния	59,6	38,5	1,9
13. Отсутствие внутренней направленности	67,3	30,8	1,9

Продолжение таблицы 8

14. Склонность к представлениям, фантазиям	75,0	21,2	3,8
15. Чувство вины	76,9	23,1	-
16. Проблемы в межлических отношениях	84,6	13,5	1,9
17. Зависть	73,1	25,0	1,9
18. Нарциссизм	82,7	13,5	3,8
19. Чувство опасности	57,7	40,4	1,9
20. Экзальтация	92,3	5,8	1,9
21. Иррациональность	28,8	<b>67,3</b>	3,8
22. Мелочность	28,8	<b>69,2</b>	1,9
23. Рефлексивность	82,7	17,3	-
24. Чувство перегрузки	65,4	34,6	-

**Рисунок 6. Процентное распределение женщин в зависимости от выраженности невротических расстройств по некоторым шкалам «Опросника невротической личности KON-2006»**





То есть женщинам, принявшим участие в исследование, свойственен некоторый конфликт в отношениях с окружающими: они открыты для общения, имеют высокую потребность в доверительных отношениях с другими людьми, но чувствуют недостаточное понимание, принятие себя другими людьми, то есть как бы испытывают субъективное чувство одиночества среди толпы людей. Возможно, это и вызывает эмоциональный дискомфорт, что и приводит к заеданию эмоций, и в дальнейшем к росту веса.

### **3.4 Анализ результатов изучения временной перспективы и аттитюдов**

Описательные статистики по «Опроснику временной перспективы» отражены в таблице 9 и рисунке 7.

Наиболее высокие значения представлены по шкале «Позитивное прошлое» (3,17), а низкие – по шкале «Негативное прошлое» (1,57). Такие данные свидетельствуют о том, что отношение к прошлому для большинства опрошенных теплое, сентиментальное, позитивное. Позитивная реконструкция прошлого у данной группы женщин, возможно, связана или с тенденцией забывать и не акцентировать внимание на неприятных и травматических событиях, или насыщенностью прошлого позитивными моментами.

**Таблица 9. Средние значения факторов по «Опроснику временной перспективы»**

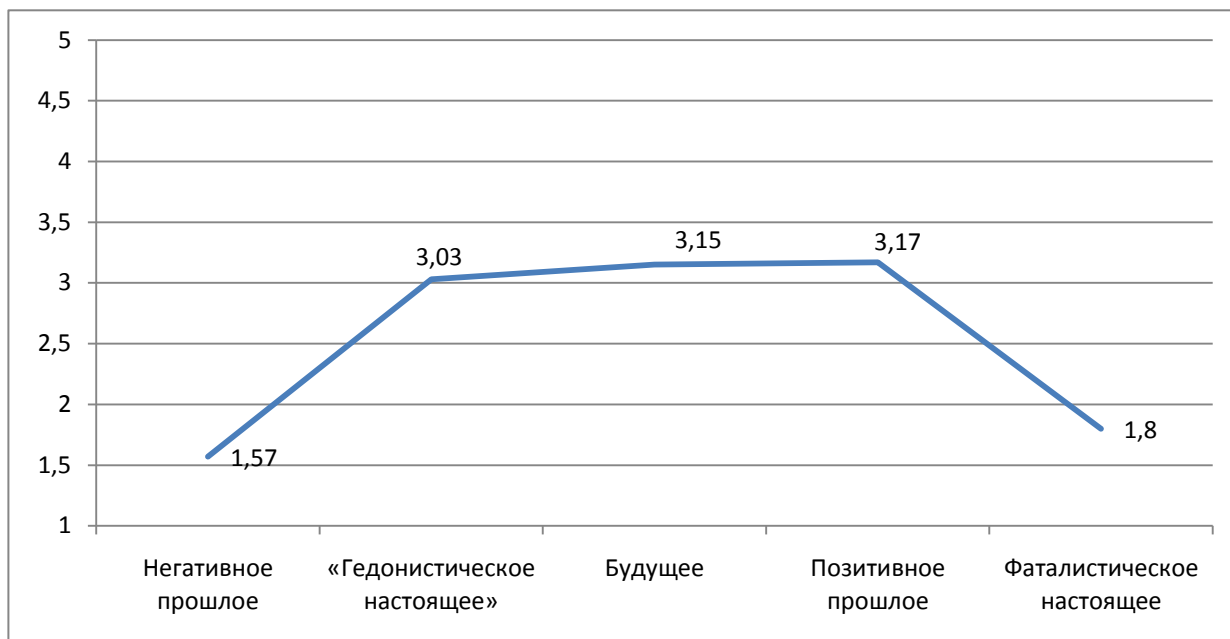
Фактор	Среднее	Ст.откл.
Негативное прошлое	1,57	0,6
«Гедонистическое настоящее»	<b>3,03</b>	0,6
Будущее	<b>3,15</b>	0,6
Позитивное прошлое	<b>3,17</b>	0,6
Фаталистическое настоящее	1,80	0,5

По шкале «Фаталистическое настоящее» среднее значение по группе ниже по сравнению женщинами данного возраста (1,8) (2,5 в исследовании Сырцовой А, 2014). То есть для женщин, принявших участие в исследовании, не свойственно убеждение, что их будущее предопределено, а наоборот, они уверены, что на будущее возможно влиять индивидуальными действиями.

Для данной группы свойственно стремление к целям, планирование будущего, но эти тенденции выражены не очень сильно (по шкале «будущее» – 3.1.) Все же опрошенные не забывают и жить настоящим («гедонистическое настоящее» – 3,03). То есть у данной группы сочетается ориентация на получение наслаждения в настоящем с заботой о будущем.

*Таким образом, у исследуемой группы женщин наблюдается положительный баланс временной перспективы: повышенный уровень ориентации на позитивное прошлое, средний уровень ориентации на гедонистическое настоящее, низкая ориентация на прошлое негативное и фаталистическое настоящее. Но, по мнению Зимбардо, для наилучшего баланса временной перспективы все же ориентация на «будущее» должна быть значительно выше, нежели у испытуемых нашей группы.*

**Рисунок 7. Средние значения факторов по «Опроснику временной перспективы»**



Средние значения по методике «Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени» отражены в таблице 10 и на рисунке 6. Согласно полученным данным в общем по выборке наблюдается позитивное отношение ко времени по всем трем шкалам: эмоциональное отношение, ценностное отношение и личностный контроль по всем трем временным зонам.

Наиболее высокие значения по фактору «ценностное отношение» (среднее около 6 (из 7) при невысоком стандартном отклонении – 0,06-0,1) Свое время они воспринимают как насыщенное событиями, интересное, значительное, осмысленное.

**Таблица 10. Средние значения по методике «Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени» (Шкала Нюттена)**

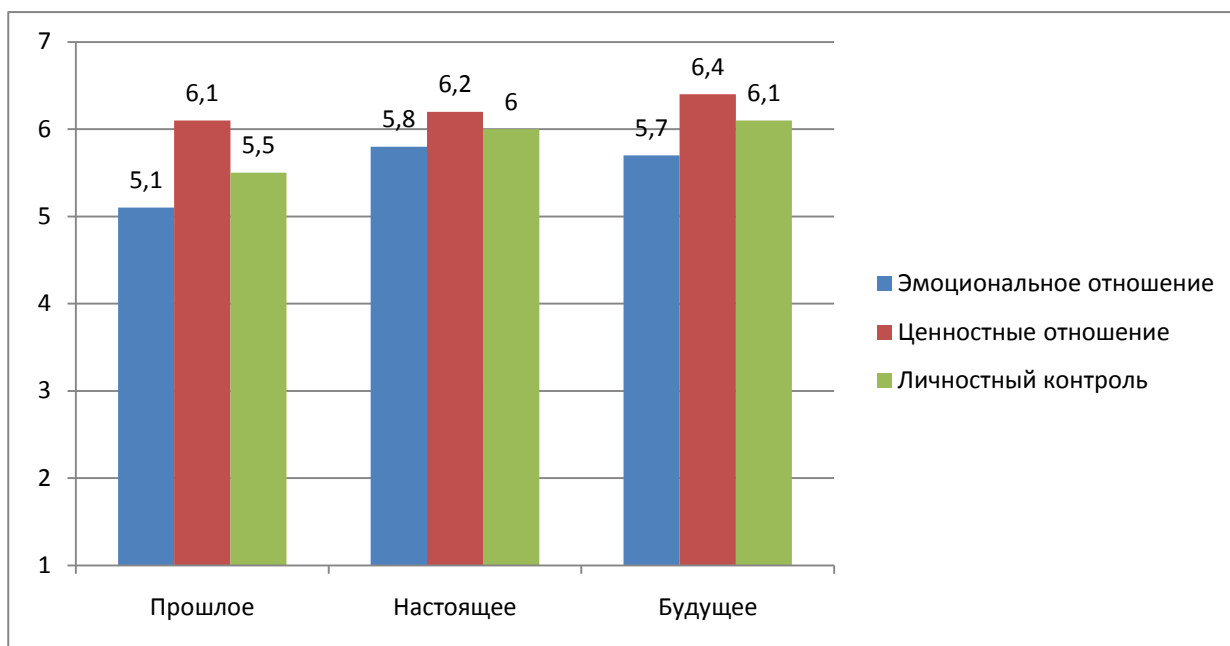
Фактор	Прошлое		Настоящее		Будущее	
	Среднее	Ст.откл.	Среднее	Ст.откл.	Среднее	Ст.откл.
Эмоциональное отношение	5,1	0,1	5,8	0,11	5,7	0,1

### Продолжение таблицы 10

Ценностное отношение	6,1	0,1	6,2	0,08	6,4	0,06
Личностный контроль	5,5	0,09	6,0	0,07	6,1	0,08

Самое низкое среднее значение «Эмоциональное отношение» к прошлому. Но все же значение (5,1) отражает не негативное отношение, а противоречивое и неоднозначное эмоциональное отношение к прошлому.

**Рисунок 8. Средние значения по методике «Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени»**



### 3.5 Анализ результатов исследования особенностей саморегуляции

Средние значения и стандартные отклонения показателей саморегуляции по методике «Стиль саморегуляции поведения» отражены в таблице 11 и рисунке 7.

Общий уровень саморегуляции по группе соответствует среднему уровню выраженности ( $M=30,3$  при станд.откл. 3,7).

По отдельным шкалам, кроме «Самостоятельность», уровень средний. При этом по большинству из шкал значение все же ближе к верхней границе среднего уровня: «планирование», «моделирование», «гибкость» и «оценка результатов».

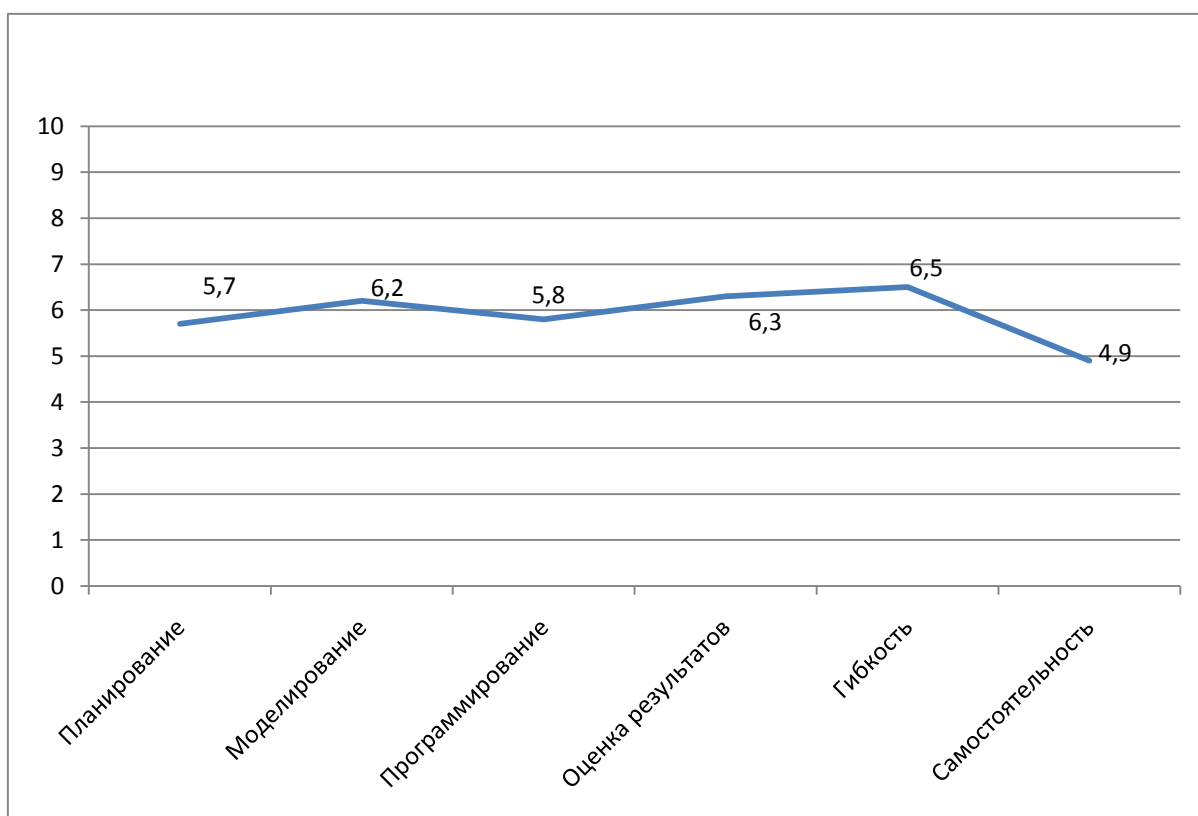
Ведущими регуляторными процессами (самые высокие значения) у группы являются «гибкость», «оценка результатов» и «моделирование». Участницы нашего исследования способны выделять значимые условия достижения целей как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем. Демонстрируют пластичность всех регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств легко перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения, способны быстро оценить изменение значимых условий и перестроить программу действий. Отличает адекватность самооценки, и устойчивости субъективных критериев оценки результатов.

**Таблица 11. Средние значения и стандартные отклонения показателей саморегуляции по методике «Стиль саморегуляции поведения»**

Шкала	Среднее	Ст.откл.
Планирование	5,7	1,6
Моделирование	6,2	1,8
Программирование	5,8	1,5
Оценка результатов	6,3	1,7
Гибкость	6,5	1,3
Самостоятельность	4,9	2,0
Общий уровень саморегуляции	30,3	3,7

Только по шкале «Самостоятельность» среднее значение несколько ниже среднего уровня ( $M=4,9$ ), при самом высоком стандартном отклонении из всех шкал (ст. откл.=2). Такие данные свидетельствуют о том, что значительная часть испытуемых все же достаточно зависима от мнений и оценок окружающих. Планы и программы действий разрабатываются несамостоятельно, такие люди часто и некритично следуют чужим советам. При отсутствии посторонней помощи у них неизбежно возникают регуляторные сбои.

**Рисунок 9. Средние показатели саморегуляции по методике «Стиль саморегуляции поведения»**



### 3.6 Корреляционный анализ

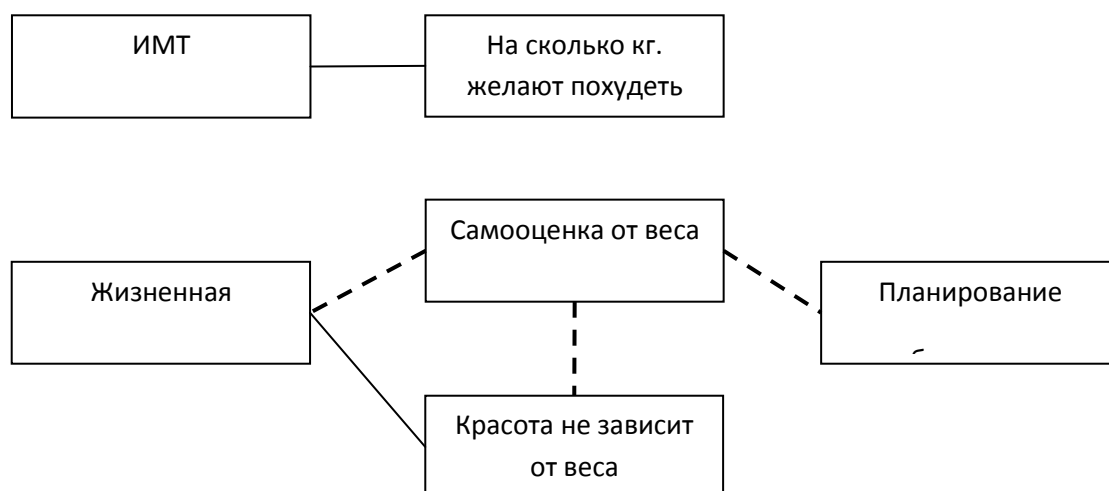
#### 3.6.1 Корреляционные взаимосвязи показателей по биографическому опроснику с нарушениями пищевого поведения

Статистически достоверные корреляционные взаимосвязи показателей внутри биографической анкеты отражены на рисунке 8.

Показатель с максимальной нагрузкой – ответ на вопрос «Ваша самооценка зависит от Вашего веса?» (три отрицательных взаимосвязи высокой степени надежности 0,01). То есть чем в большей степени на самооценку женщины влияет ее текущий вес, тем ниже ее жизненная энергия и ниже склонность строить далекие планы на будущее. А на самооценку и жизненную энергию отрицательно влияет убеждение, что, красота зависит от веса.

«Индекс массы тела» положительно взаимосвязан с показателем веса, на который хочет женщина похудеть. Это связь вполне закономерна. Чем выше вес, тем больше человек хочет сбросить.

**Рисунок 10. Корреляционные взаимосвязи показателей биографического опросника**



Условные обозначения:

	$r > 0$	$r < 0$
$p < 0,05$	————	-----
$p < 0,01$	—————	- - - -

Значимые корреляционные взаимосвязи показателей биографического опросника со шкалами методик, направленных на изучение нарушений пищевого поведения отражены на рисунке 9.

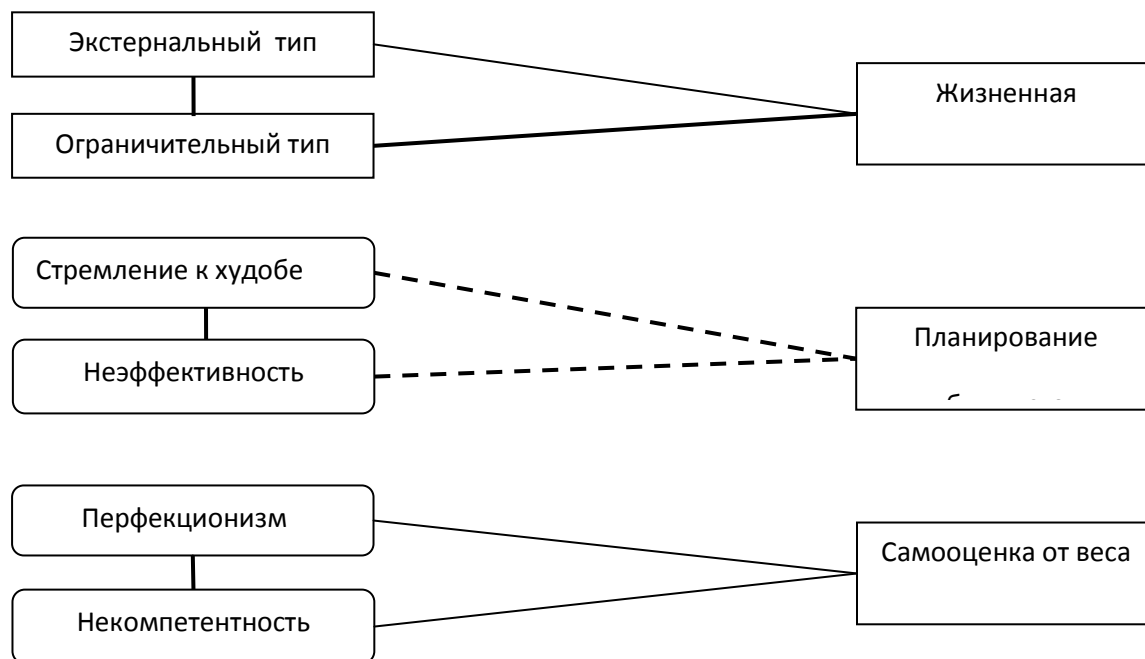
Хочется отметить, что не выявлено значимых взаимосвязей нарушений пищевого поведения с ИМТ и показателем веса, который человек хочет сбросить. То есть в основе нарушений пищевого поведения стоят не объективные причины, а психологическое восприятие своего веса.

В результате проведенного корреляционного анализа были выявлены значимые положительные взаимосвязи трех показателей: самооценки «жизненной энергии и тонуса» (биографический опросник), «ограничительного» и «экстернального» типа пищевого поведения. То есть чем чаще опрошенные страдают склонностью к перееданию за компанию, тем чаще они прибегают к пищевым ограничениям, и тем выше их жизненная энергия и тонус. И невозможно сказать, что является первопричиной. Это скорее всего, постоянный процесс: переедание – рост жизненного тонуса – ограничения в еде.

Также анализ показал наличие статистически значимых взаимосвязей высокой степени надежности ( $p < 0,01$ ) трех показателей: ответа на вопрос «Насколько далеко вы строите планы на будущее?», уровня «стремление к худобе» и «неэффективность». Таким образом, чем выше у женщины беспокойство о весе и чаще систематические попытки похудеть, тем сильнее ощущение неспособности контролировать собственную жизнь, и меньше склонность строить дальновидные планы.



**Рисунок 11. Корреляционные взаимосвязи показателей по биографическому опроснику с нарушениями пищевого поведения**



Также на рисунке 9 отражены корреляционные взаимосвязи еще трех показателей: ответа на вопрос «Зависит ли Ваша самооценка от веса?», «перфекционизм» и «некомпетентность». То есть, для тех женщин, у которых собственная самооценка зависит от веса, характерна неспособность прощать себе недостатки и дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

### **3.6.2 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с временной перспективой**

Значимые корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с факторами по «Опроснику временной перспективы» отражены на рисунке 12.

Анализ показал достаточно широкую сеть взаимосвязей нарушений пищевого поведения с временной перспективой. Это свидетельствует о взаимосвязанности данных сторон жизни. Но связи неоднозначны.

Рассмотрим наиболее значимые для исследования взаимосвязи.

Во-первых, была выявлена положительная взаимосвязь «Индекса массы тела» с направленностью на «будущее». То есть тем значительнее будущее.

Также ориентация на «будущее» показала положительные взаимосвязи с «эмоциональной» стратегией пищевого поведения и «стремлением к худобе», и отрицательную – с «ограничительным» типом нарушения поведения. То есть чем сильнее у женщины с лишним весом выражена устремленность в будущее, тем менее для нее свойственно ограничивать себя в еде, а наоборот еда – это средство заглушения эмоций.

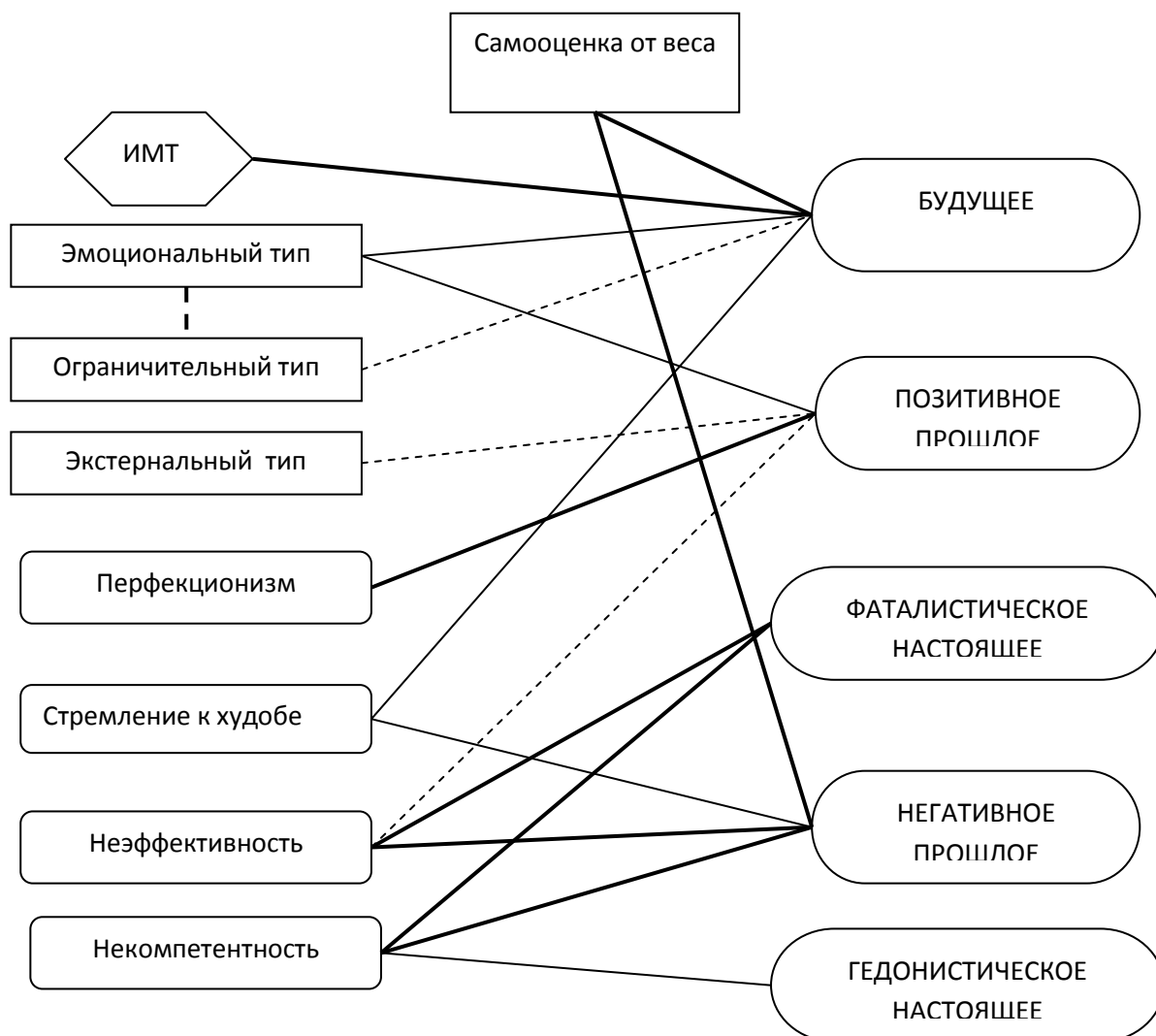
Фактор «Позитивное прошлое» показал 4 значимых взаимосвязи с нарушениями пищевого поведения: 2 положительных (с «эмоциональной» стратегией и «перфекционизмом»), и 2 отрицательные – с «экстернальной» стратегией и «неэффективностью».

Фактор «Негативное прошлое» показал 3 значимых положительных взаимосвязи с особенностями пищевого поведения: со «стремлением к худобе», «неэффективностью» ( $p < 0,01$ ) и «некомпетентностью» ( $p < 0,01$ ). «Фаталистическое настоящее» также значимо (связи высокой степени значимости) взаимосвязано и с «неэффективностью» и «некомпетентностью». То есть, чем более мрачно восприятие прошлого, тем чаще женщина беспокоится о весе, пытается похудеть, ощущает неспособность контролировать собственную жизнь и испытывает дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения. Возможно, на усиление данных нарушений пищевого поведения оказывает сильное влияние негативный опыт прошлого. Это подтверждает и значимая положительная взаимосвязь ( $p < 0,01$ ) ответа «Зависит ли ваша самооценка от веса?» с «негативным прошлым». И не веря в себя, человек начинает

перекладывать ответственность за свою жизнь на судьбу, злой рок, теряет веру в то, что ему в силах что-то изменить (растет показатель «фаталистическое настоящее»)..«Гедонистическое настоящее» также продемонстрировало значимую взаимосвязь с «некомпетентностью», как и «фаталистическое настоящее», и «негативное прошлое».

То есть можно предположить, что в негативных проявлениях жизненной перспективы («негативное прошлое», «фаталистическое» и «гедонистическое» настоящее) важную роль играет «интероцептивная некомпетентность» – дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения, как частное проявление общего нарушения распознавания чувств у человека.

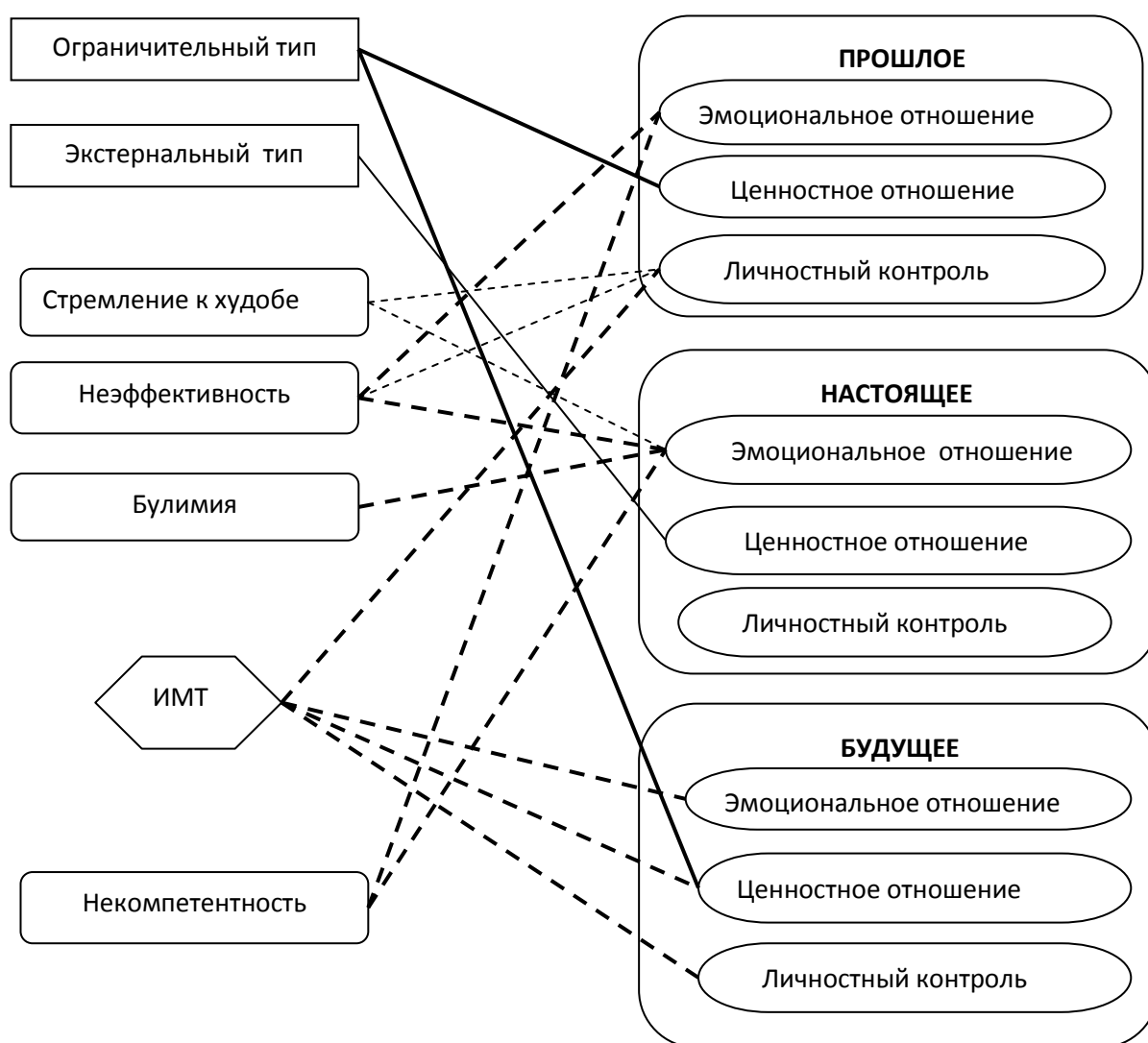
**Рисунок 12. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с факторами по «Опроснику временной перспективы»**



Результаты корреляционного анализа взаимосвязей особенностей пищевого поведения с показателями по методике «Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени» отражены на рисунке 13.

Корреляционный анализ показал высокую взаимосвязанность аттитюдов ко времени с особенностями пищевого поведения. При этом значительное количество связей высокой степени надежности ( $p < 0,01$ ). Но трудно выделить один системообразующий фактор.

**Рисунок 13. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с показателями по методике «Аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени»**



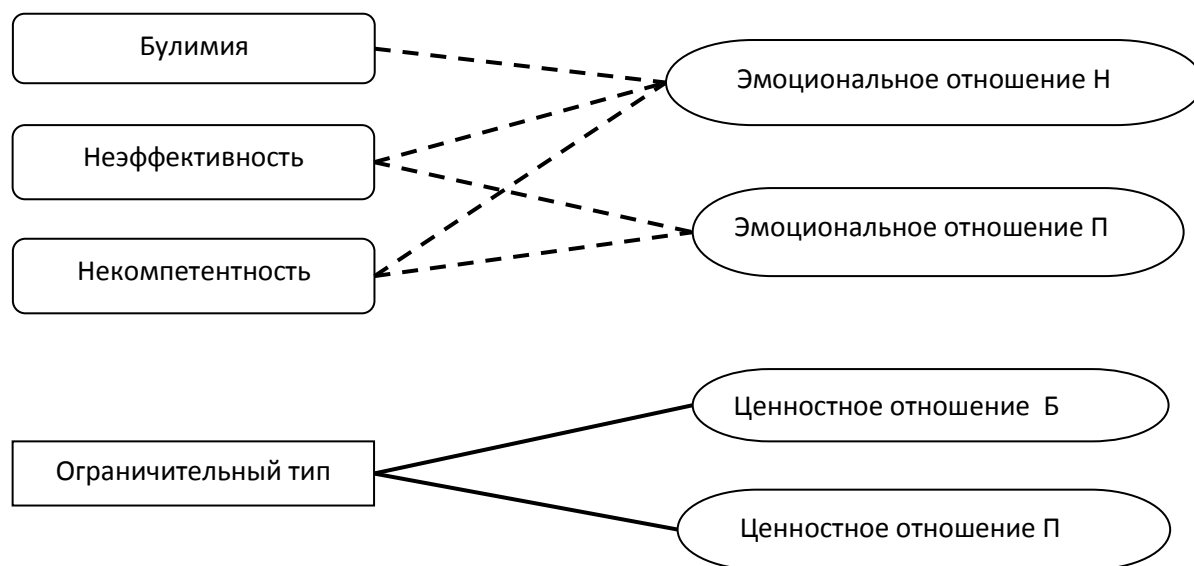
Величина «Индекса массы тела» показала 4 отрицательных взаимосвязи высокой степени надежности: с «личностным контролем» прошлого и с тремя шкалами будущего: с «эмоциональным» отношением, «ценностным отношением» и «личностным» контролем.

Таким образом, чем сильнее выражено нарушения веса, тем выше уверенность человека в том, что он может управлять своим временем (прошлым и будущим) и будущее представляется в светлых красках: более прекрасным, светлым, приятным, насыщенным, интересным и важным. То есть, с будущим, а не настоящим они связывают свои надежды, а не с настоящим. Можно предположить, что они живут иллюзиями и ожиданиями.

«Ограничительный тип» нарушения пищевого поведения положительно взаимосвязан с ценностным отношением и к прошлому, и к будущему. То есть чем меньше пищевых самоограничений у человека с лишним весом, тем ниже его оценка ценности прошлого и вероятного будущего.

Для удобства зрительного восприятия, мы из корреляционной плеяды 13 выделили часть высокосвязимых взаимосвязей ( $p < 0,01$ ) и отразили ее на рисунке 14.

**Рисунок 14. Часть корреляционной плеяды с рисунка 11**  
**«Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с**  
**показателями по методике «Аттитюды к настоящему, будущему,**  
**прошлому времени»**



Шкалы «Эмоционального отношения» к настоящему и прошлому отрицательно взаимосвязаны с «некомпетентностью» и «неэффективностью». Чем в большей степени участницы исследования неуверенны в себе и в возможности контролировать свою жизнь, чем им труднее «понимать» и распознавать свои эмоции, тем более негативно на аффективном уровне они воспринимают свою жизнь и прошлую, и настоящую. И чем более мрачно окрашено настоящее, тем сильнее склонность к «булимия» (неконтролируемому перееданию и очищению).

### **3.6.3 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с особенностями саморегуляции**

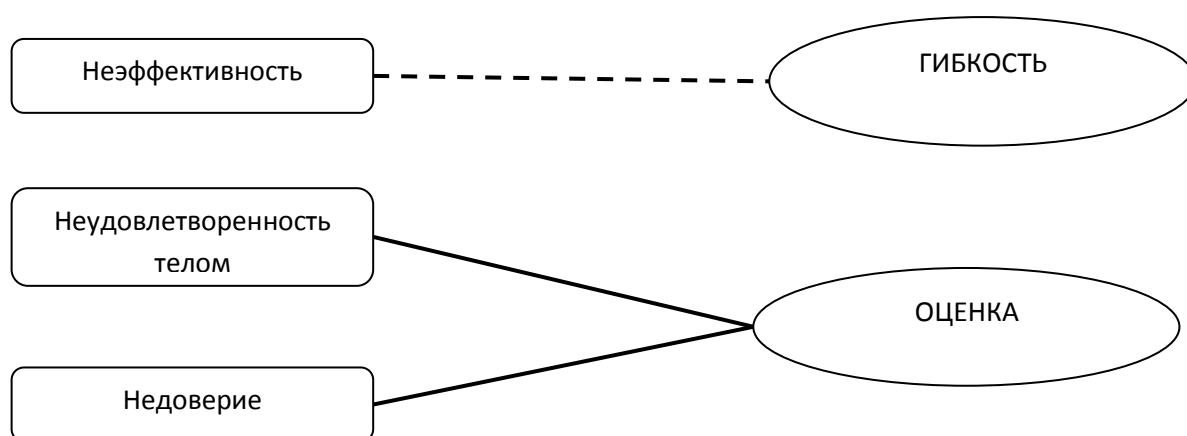
На рисунке 15 отражены результаты корреляционного анализа исследования взаимосвязей особенностей пищевого поведения с

показателями саморегуляции. Мы на рисунке отразили только связи высокой степени значимости ( $p < 0,01$ ).

«Оценивание результата» показало две значимых взаимосвязи с особенностями пищевого поведения: «неудовлетворенность телом» и «недоверие». Такие результаты свидетельствуют о том, что чем более адекватна оценка себя и результатов поведения, тем выше недоверие в межличностных отношениях, чувство отстраненности от контактов с окружающими и выше неудовлетворенность отдельными частями тела. Возможно, данные взаимосвязи опосредованы повышенной критичностью человек к себе, своей деятельности и поведению и к людям.

Также анализ показал, что чем выше показатели по шкале «гибкости», тем ниже ощущение «неэффективности». То есть, когда в динамичной, быстро меняющейся обстановке человек чувствуют себя неуверенно, то это ведет к усилению ощущения неспособности контролировать собственную жизнь. Данная взаимосвязь вполне закономерна.

**Рисунок 15. Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения со «Стилем саморегуляции поведения»**



### **3.6.4 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с невротическими проявлениями личности**

На рисунке Рис. Б.1 отражены взаимосвязи особенностей пищевого поведения с невротическими качествами личности.

Наибольшая нагрузка лежит на факторе «Эмоциональный тип» нарушения пищевого поведения (6 отрицательных взаимосвязей). То есть чем в большей степени для участницы исследования свойственно заедание эмоций, тем ниже «отчужденность», «астения», «склонность к фантазиям», «чувство перегрузки», «экзальтация» и выше самооценка. Возможно, с помощью еды человек старается справиться с этими разрушающими чувствами, заглушить их. «Ограничительный тип» нарушения пищевого поведения продемонстрировал две разнонаправленных взаимосвязи с невротическими чертами личности: положительную с «отчужденностью», отрицательную со «сложностью принятия решения». То есть чем чрезмернее пищевые ограничения для контроля веса, тем выше чувство одиночества и ниже мнительность, раздумчивость и избегание самостоятельного проявления инициативы. Также анализ показал, что «Индекс массы тела» отрицательно взаимосвязан с тремя личностными качествами: «чувство зависимости», «уверенность в собственной беспомощности» и «отсутствие внутренней направленности». Таким образом, чем сильнее нарушение веса, тем в меньшей степени человек воспринимает себя как человека зависимого, уступчивого, легко отказывающегося от своего мнения, беспомощного, уходящего от нарастающих проблем, безынициативного и неспособного самостоятельно управлять своей жизнью.

Склонность к «булимии» показала три значимые прямопропорциональные взаимосвязи с чертами личности: «нарциссизм», «зависть» и «рефлексивность». То есть неконтролируемое переедание более свойственно для участниц мнительных, обидчивых, высокомерных и эгоцентричных, требующих к себе особенного отношения и привилегий, фрустрирующих при успехах других людей.



## **ВЫВОДЫ**

Все женщины, принявшие участие в исследовании, страдают избыточной массой тела или ожирением. Женщины из данной группы, в основном, хотят сбросить вес, и уверены, что такие изменения им под силу. У основной части, их текущий вес все же оказывает влияние на самооценку. Также хочется отметить, что по группе достаточно высокий уровень удовлетворенности работой и семейной и сексуальной жизнью.

### **Личностные особенности женщин, участниц нашего исследования**

1. Для данной группы женщин, страдающих лишним весом, не свойственно наличие серьезных невротических расстройств.
2. Наиболее часто у женщин с лишним весом наблюдаются повышения значений по трем шкалам: «отчужденность», «мелочность» и «иррациональность». То есть, преобладающее большинство опрошенных ощущают себя человеком несколько одиноким, лишенным должной поддержки и понимания со стороны окружающих. Также больше, чем для половины женщин в некоторой степени все же свойственны такие особенности мышления как педантичность, мелочность, наличие нерациональных установок, мышление построенное на желаниях.
3. Также хочется отметить, что при чувстве «отчужденности» большинство участниц все же не испытывают затруднения в эмоциональных контактах и проблемы в межчеловеческих отношениях. Таким образом, для женщин, принявших участие в исследовании, свойственен некоторый конфликт в отношениях с окружающими: они открыты для общения, имеют высокую потребность в доверительных отношениях с другими людьми, но чувствуют недостаточное понимание, принятие себя другими людьми, то есть как бы испытывают субъективное чувство одиночества среди толпы людей. Возможно, это и вызывает эмоциональный дискомфорт, что и приводит к заеданию эмоций, и в дальнейшем к росту веса.

### **Особенности саморегуляции**

1. У участниц нашего исследования регулятивные процессы на среднем уровне. Они достаточно способны выделять значимые условия достижения целей как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем. Демонстрируют пластичность всех *регуляторных процессов*. При возникновении непредвиденных обстоятельств легко перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения, способны быстро оценить изменение значимых условий и перестроить программу действий. Отличает адекватность самооценки, и устойчивости субъективных критериев оценки результатов.
2. Только по шкале «Самостоятельность» значения по группе ниже среднего. То есть значительная часть участниц все же зависима от мнений и оценок окружающих.

### **Временная перспектива**

1. Согласно полученным данным, в общем по выборке наблюдается позитивное отношение ко времени по всем трем шкалам: эмоциональное отношение, ценностное отношение и личностный контроль и ко всем трем временным зонам: прошлое, настоящее и будущее. Наиболее высокие значения по фактору «ценностное отношение». Свое время они воспринимают как насыщенное событиями, интересное, значительное, осмысленное. Большинство опрошенных женщин не считают, что они проводят много времени впустую, а уверены, что продуктивно используют свое время.
2. Отношение к прошлому у большинства участниц теплое, сентиментальное, позитивное. Позитивная реконструкция прошлого у данной группы женщин, возможно, связана или с тенденцией забывать и не акцентировать внимание на неприятных и травматических событиях, или с реальной насыщенностью прошлого позитивными моментами.

3. Почти у трети опрошенных будущее вызывает сильную тревогу. Но для них не свойственно убеждение, что их будущее предопределено, а наоборот, они уверены, что на будущее возможно влиять индивидуальными действиями.
4. У исследуемой группы женщин наблюдается хороший баланс временной перспективы: повышенный уровень ориентации на позитивное прошлое, средний уровень ориентации на гедонистическое настоящее, низкая ориентация на прошлое негативное и фаталистическое настоящее. Но, по мнению Зимбардо, для наилучшего баланса временной перспективы все же ориентация на «будущее» должна быть значительно выше, нежели у испытуемых нашей группы. Для данной группы свойственно стремление к целям, планирование будущего, но эти тенденции выражены несильно.

### **Особенности пищевого поведения у женщин с лишним весом**

1. Анализ средних значений по методике «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) дал нам следующий результат: у исследуемой группы преобладает смешанный тип расстройств пищевого поведения. Наиболее часто по «ограничительному» и «эмоциональному типу». С одной стороны, у значительной части опрошенных при эмоциональном напряжении уливается аппетит. Еда таким людям приносит не только насыщение, но и успокоение. С другой стороны, они часто прибегают к избыточным пищевым самоограничениям и бессистемным диетам («ограничительное» пищевое поведение), которые сменяются периодами переедания.
2. Анализ показателей по методике «Шкала оценки пищевого поведения» показал самые высокие значения по шкалам «Неудовлетворённость телом» и «Недоверие в межличностных отношениях». Несмотря на то, что женщины в, основном, здоровы, они испытывают «недовольство

телом» и «трудности в межличностных контактах», скорее всего, из-за «стереотипного» неприятие окружающими полных людей.

### 3. Результаты анализа взаимосвязей особенностей пищевого поведения с личностными особенностями и саморегуляцией

— Чем сильнее нарушение веса (выше ИМТ), тем в меньшей степени человек воспринимает себя как человека зависимого, уступчивого, легко отказывающегося от своего мнения, беспомощного, уходящего от нарастающих проблем, безынициативного и неспособного самостоятельно управлять своей жизнью.

— Чем в большей степени для участницы исследования свойственно нарушение пищевого поведения по «эмоциональному» типу, тем ниже «отчужденность», «астения», «склонность к фантазиям», «чувство перегрузки», «экзальтация» и выше самооценка. Возможно, с помощью еды человек старается справиться с этими разрушающими чувствами, заглушить их.

— Шкала «Оценивание результата» показала две значимых взаимосвязи с особенностями пищевого поведения: «неудовлетворенность телом» и «недоверие». Такие результаты свидетельствуют о том, что чем более адекватна оценка себя и результатов поведения, тем выше недоверие в межличностных отношениях, чувство отстраненности от контактов с окружающими и выше неудовлетворенность отдельными частями тела. Возможно, данные взаимосвязи опосредованы повышенной критичностью человек к себе, своей деятельности и поведению и к людям.

— Склонность к «булимии» показала три значимые прямопропорциональные взаимосвязи с чертами личности: «нарциссизм», «зависть» и «рефлексивность». То есть неконтролируемое переедание более свойственно для участниц

мнительных, обидчивых, высокомерных и эгоцентричных, требующих к себе особенного отношения и привилегий, фрустрирующих при успехах других людей.

#### **4. Результаты анализа взаимосвязей особенностей пищевого поведения с временной перспективой**

- Анализ показал достаточно широкую сеть связей нарушений пищевого поведения с временной перспективой личности. Это свидетельствует о взаимосвязанности данных сторон жизни.
- Чем более мрачно восприятие прошлого, тем чаще женщина беспокоится о весе, пытается похудеть, ощущает неспособность контролировать собственную жизнь и испытывает дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения. Возможно, на усиление данных нарушений пищевого поведения оказывает сильное влияние негативный опыт прошлого. Это подтверждает и значимая положительная взаимосвязь ( $p$  менее 0,001) ответа «Зависит ли ваша самооценка от веса?» с «негативным прошлым». И не веря в себя, человек начинает перекладывать ответственность за свою жизнь на судьбу, злой рок, теряет веру в то, что ему в силах что-то изменить (растет показатель «фаталистическое настоящее»).
- Чем выше у женщины беспокойство о весе и чаще систематические попытки похудеть, тем сильнее ощущение неспособности контролировать собственную жизнь и меньше склонность строить дальновидные планы.
- Также по результатам анализа можно предположить, что в негативных проявлениях жизненной перспективы («негативное прошлое», «фаталистическое» и «гедонистическое» настоящее) важную роль играет «интероцептивная некомпетентность» —

дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения, как частное проявление общего нарушения распознавания чувств у человека.

— Чем сильнее выражено нарушения веса (выше ИМТ), тем выше уверенность человека в том, что он может управлять своим временем (прошлым и будущим) и будущее представляется в светлых красках: более прекрасным, светлым, приятным, насыщенным, интересным и важным. То есть, с будущим, а не настоящим они связывают свои надежды. Можно предположить, что они живут иллюзиями и ожиданиями

— Шкалы «Эмоционального отношения» к настоящему и прошлому отрицательно взаимосвязаны с «некомпетентностью» и «неэффективностью». Чем в большей степени участницы исследования неуверенны в себе и в возможности контролировать свою жизнь, чем им труднее «понимать» и распознавать свои эмоции, тем негативнее на аффективном уровне они воспринимают свою жизнь и прошлую, и настоящую.

— Чем более мрачно окрашено настоящее, тем сильнее склонность к «булимия» (неконтролируемому перееданию и очищению).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Восприятие времени, в частности субъективная оценка человеком своей жизненной перспективы, является одной из важнейших составляющих функционирования здоровой личности. В проведенном исследовании мы ориентировались на показатели временной перспективы у женщин с лишним весом. На стадии задумки исследования нами специально была подобрана группа женщин с субъективной оценкой себя как здоровой, реализованной, счастливой женщины, несмотря на лишний вес. Многочисленные исследования в области нарушений пищевого поведения сводятся к исследованию адаптации, нарушению межличностных отношений и др. Новизна нашего исследования именно в критерии отбора участников исследования. У исследуемых женщин наблюдается хороший баланс временной перспективы: повышенный уровень ориентации на позитивное прошлое, средний уровень ориентации на гедонистическое настоящее, низкая ориентация на негативное прошлое и фаталистическое настоящее, ориентация на будущее. Но, по мнению Ф. Зимбардо, для наилучшего баланса временной перспективы все же ориентация на «будущее» должна быть значительно выше, нежели у испытуемых нашей группы. Однако участниц нашего исследования можно считать благополучными людьми. Для них не свойственно наличие невротических расстройств, они удовлетворены семейной и профессиональной жизнью (исследования на аналогичных группах говорят об обратном), преобладающее большинство не наблюдает явных изменений в своем состоянии здоровья, некоторые даже отмечают улучшения. Также, практически все женщины не ощущают нехватку жизненного тонуса и энергии. При этом половина из них даже отмечают у себя более высокую жизненную энергию и тонус, по сравнению с окружающими. Большинство опрошенных женщин отмечают, что у женщины должны быть «округлые формы», так как главное, чтобы было здоровье. Однако, результаты нашего исследования показали наличие социального давления, оказывающего влияние на самооценку и

вызывающего действия, направленные на снижение веса. Результаты нашей работы могут быть использованы в психологическом консультировании в работе с женщинами с лишним весом. Дальнейшие исследования в этой области, могут, на наш взгляд идти по двум направлениям: сравнительного анализа с группой пациентов с ожирением, не довольных своей внешностью (в рамках клинической психологии), и более прицельным изучением личности женщин с лишним весом, довольных собой.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александер Франц: Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с.
2. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция //Ожирение и метаболизм. – 2004. – Т. 2. – С. 2-6.
3. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении //Невропат. и психиатр. – 2001. - Т. 12. - С. 19-24
4. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование). - Дисс. докт. мед. наук. - М. – 1990. – 472 с.
5. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. // Неврология в общесоматической практике под ред. Вейна А.М. - М. – 2001. - Эйдос Медиа - С. 283-301.
6. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды. – Ростов н/Д: "Феникс", 1998. – 416 с.
7. Горчакова Н.М. Особенности клинических проявлений у мужчин и женщин, страдающих нервной анорексией.: Профилактическая и клиническая медицина, - 2011. - Т. 2(39), - С. 337
8. Горчакова Н.М. Особенности эмоциональной сферы пациентов с пищевыми нарушениями // Наука и мир, 2015. - Т. 1, - № 11. - С. 97-102
9. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. Этиология, патогенез, клинические аспекты. Руководство для врачей. Москва.:2004, с.67

10. Звенигородская Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом //Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007; 1: 24. – 2007. – Т.
11. Каншин Д.В. Энциклопедия питания / [Соч.]. Вып. 1-2 Санкт-Петербург : тип. В. Безобразова и К°, 1885
12. Коркина М. В., Цивильно М. А., Марилов В. В., Карева М. А. Практикум по психиатрии: Учеб, пособие. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Изд-во РУДН, 1997.- 185 с.
13. Коркина М. В. Дистормомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
14. Коркина М. В. Нервная анорексия непроеессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дистормомании). В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967, с. 128-151.
15. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб.: Шанс, 1995. - 87 с.
16. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1979. - 336 с.
17. Матусевич М. С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. - 2013. -№12. - С. 814-817.
18. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / – 6\_е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 285 с.
19. Международная классификация болезней (10-пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная Организация

Здравоохранения; ред. Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркин. - СПб. : Оверлайд, 1994. - 301 с.

20. Савчикова Ю.Л. Личностные особенности женщин с избыточной массой тела. Международный медицинский журнал №3, 2004, 83-87с.

21. Справочник по психиатрии: справочное издание / Сост. В. Д. Москаленко; Под ред. А. В. Снежневского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1985. - 416 с.

22. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения : монография / О. А. Скугаревский. - Минск : БГМУ, 2007. 240 с.

23. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. Вопросы психологии, 2008, No. 2, 41–54.

24. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф.Зимбардо. Психологический журнал, 2008, 3(29), 101–109.

25. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Ф.Зимбардо по временной перспективе. Психологическая диагностика. 2007, No. 1, 85–106.

26. Обухов С. Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.

27. Евсегнеев Р.А.. Психиатрия в общей медицинской практике. Руководство для врачей, МИА, - 2010. 435с.

28. Шостак В.И., Лытаев С.А. Психическая деятельность человека: Уч. пособие / Под ред. А.А. Крылова. СПб.: Деан, 1999

29. Конышев В.А. Питание и регулирующие системы организма:, АМН СССР,1985.-203с.

30. Марилов, В. В. Сравнительная эффективность нормотимиков при комплексной терапии нервной булимии / В. В. Марилов, М. Б. Сологуб // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - №1. - С. 59-61.
31. Матусевич М. С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. - 2013. - №12. - С. 814-817
32. Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж Социальная психология пищи.Х.: Гуманитарный центр, 2012.- 39 с.
33. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин. - 5-е изд. - СПб.: Питер, 2003.- 122 с.
34. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / – 6\_е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 285 с.
35. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А.Леонтьева. – М.: Смысл, 2004.
36. Палмер Б. Нарушения питания. Все, что нужно знать. - М.: МАСТ, 2006. - 80 с.
37. Петров Д.П. Психологические и социальные аспекты ожирения / Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – 240 с.
38. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. - СПб.: Речь, 2005. - 285 с.
39. Тихонов С.В., Нервная булимия, Под редакцией проф. В.И. Симаненкова. Санкт-Петербург.: 2015.- 15с.
40. Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н. Ожирение. Учебное пособие Иркутск.: 2007, 5с.

41. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности Основные положения, исследования и применение. - СПб. Питер Пресс, 1997. - 308 с.
42. Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П. Системная семейная терапия при ожирении и заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – СПб.: Диалект, 2007. – С. 211-229.
43. Boniwell I., Osin E., Linley P. A., Ivanchenko G. V. A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples // The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice, 2010, 5:1, P. 24-40.
44. Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // Journal of Personality and Social Psychology, 1999, № 77. P. 1271-1288.
45. Zimbardo, P. G. & Boniwell, I. Balancing One's Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning // Positive psychology in practice, Hoboken, NJ: Wiley, 2004.
46. Fieulaine N., Martinez F. About the Fuels of Self-Regulation: Time Perspective and Desire for Control in Adolescents Substance Use. Published in «The Psychology of Self-Regulation», 2011. P. 102-121
47. Oyanadel C., Buela-Casal G. The Perception of Time: Influences on Physical and Mental Health // Univ. Psychol., 2011, vol.10 no.1, P. 149-161.
48. Keough K.A., Zimbardo P.G., Boyd J. N. Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use // Basic and Applied Social Psychology, 1999, 21:2, P. 149-164.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Биографический опросник

*Данные анкеты являются частью научной работы, проводимой на факультете психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета, и предназначены для сбора данных, необходимых для психологического исследования. Любая информация, полученная с помощью анкет, является строго конфиденциальной.*

*Спасибо за Ваше сотрудничество.*

**ФИО** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_ **Пол** \_\_\_\_\_ **Образование** \_\_\_\_\_

**Семейное положение** \_\_\_\_\_

**1. Место работы, должность**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Перечислите Ваших братьев/сестер, укажите их возраст, образование и нынешнее занятие:**

	Брат/сестра	Возраст	Образование	Занятие	Присутствие/отсутствие пищевых нарушений
I					
II					
III					

**3. Кто из членов Вашей семьи, включая родителей, Вас, братьев/сестер, других близких родственников, страдает лишним весом?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**4. Вы росли самостоятельным ребенком?**

- а) безусловно, да  
б) пожалуй, да  
в) трудно сказать, и да, и нет  
г) пожалуй, нет  
д) совсем нет


**5. Когда Вы были ребенком, кто был тем старшим человеком, с которым Вы чувствовали себя наиболее хорошо, комфортно?**

---

**6. Могли бы Вы припомнить самые неприятные, отрицательные события Вашего детства, юности? С чем они были связаны?**

---

---

---

**7. Могли бы Вы припомнить самые приятные, положительные события Вашего детства, юности? С чем они были связаны?**

---

---

---

**8. В период Вашего детства и юности Ваша родительская семья имела недостаток:**

- а) выше среднего уровня
- б) среднего уровня
- в) ниже среднего уровня


**9. Если бы Ваши родители были категорически против Вашего выбора, могли бы Вы пойти против их мнения?**

- а) безусловно, да
- б) пожалуй, да
- в) трудно сказать, и да, и нет
- г) пожалуй, нет
- д) совсем нет


**10. Когда Вы впервые начали работать?**

- а) я начал подрабатывать еще в школьные годы
- б) я начал подрабатывать в студенческие годы
- в) после окончания учебного заведения


**11. Нравится ли Вам Ваша работа?**

- а) безусловно, да
- б) пожалуй, да
- в) трудно сказать, и да, и нет
- г) пожалуй, нет
- д) совсем нет




**12. Последние несколько лет Ваше физическое состояние и состояние Вашего здоровья:**

- а) в общем, стабильно
- б) пожалуй, ухудшилось
- в) пожалуй, улучшилось


**13. Обычно Ваше настроение и жизненный тонус**

- а) лучше, чем у 



 других
- б) на среднем уровне
- в) хуже, чем у других


**14. Ваша активность и жизненная энергия обычно**

- а) выше, чем у других
- б) на среднем уровне
- в) ниже, чем у других


**15. На какое время вперед Вы примерно представляете себе свое будущее, строите какие-то планы?**

- а) я вообще не склонен планировать или заранее заботиться о будущем
- б) на ближайшие месяцы
- в) на ближайший год
- г) на предстоящие 2-3 года
- д) другое (укажите, что именно) \_\_\_\_\_


**16. Часто ли Вас преследует чувство, что Вам совершенно не хватает времени?**

- а) достаточно часто
- б) время от времени
- в) очень редко


**17. С каким из суждений Вы согласны?**

- а) характер человека формируется в ранний период жизни, и изменить его впоследствии невозможно
- б) что-то можно изменить, а что-то нет
- в) я считаю, что человек при желании может полностью изменить себя


**18. Есть ли в вашем характере, привычках, повседневной жизни, стиле общения с другими что-то, что бы Вы хотели кардинально изменить?**

- а) пожалуй, да
- б) пожалуй, нет
- в) трудно сказать


**19. Что на сегодня приносит Вам большее удовольствие в жизни?**

---

---

---

**20. Каков Ваш типичный ритм жизни?**

- а) «жаворонок», предпочитаю пораньше ложиться и пораньше вставать
- б) «сова», предпочитаю поздно ложиться и поздно вставать
- в) нечто среднее

**21. Обычно Вы спите:**

- а) менее 7 часов
- б) 7-8 часов
- в) более 8 часов

**22.Беспокоит ли Вас Ваше будущее?**

- а) безусловно, да
- б) в какой-то мере, да
- в) практически никогда

**23.Можно ли сказать, что у Вас сейчас близкие отношения с родительской семьей (или с кем-то из родителей)?**

- а) безусловно, да
- б) пожалуй, да
- в) трудно сказать, и да, и нет
- г) пожалуй, нет
- д) совсем нет

**24. Как обычно Вы проводите выходные дни (в %)?**

- а) в выходные я работаю \_\_\_\_\_%
- б) как правило, занимаюсь какими-то учебными делами  
\_\_\_\_\_%
- в) как правило, занимаюсь какими-то домашними делами  
\_\_\_\_\_%
- г) провожу время с друзьями \_\_\_\_\_%
- д) просто отдыхаю в одиночестве дома или хожу куда-нибудь  
\_\_\_\_\_%
- е) другое (укажите, что именно)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_%

**25. Как Вы проводите время вне дома (в %)?**

а) кафе, бары \_\_\_\_\_ %

б) клубы \_\_\_\_\_ %

в) дискотеки \_\_\_\_\_ %

г) кино \_\_\_\_\_ %

д) театры, музеи \_\_\_\_\_ %

е) занимаюсь спортом \_\_\_\_\_ %

ж) \_\_\_\_\_ другое \_\_\_\_\_ (укажите, что именно)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ %

**26. Вам важно, что о Вас думают (проранжируйте, пожалуйста, в порядке значимости):**

а) родители № \_\_\_\_\_

б) старые друзья № \_\_\_\_\_

в) новые друзья № \_\_\_\_\_

г) любимый/любимая № \_\_\_\_\_

д) преподаватели ВУЗа № \_\_\_\_\_

е) те, с кем Вы работаете № \_\_\_\_\_

ж) другой человек (кто именно) № \_\_\_\_\_

**27. Представьте, что у Вас неожиданно выдался лишний выходной день. Чему Вы его посвятите?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**28. Часто ли в конце дня Вам приходит в голову мысль: «Сегодня я потратил много времени впустую»?**

- а) никогда: надо наслаждаться жизнью и ни о чем не жалеть
- б) иногда, когда чувствую, что делал по инерции или под влиянием других то, что было мне не нужно
- в) очень часто: мне кажется, я очень непродуктивно расходую свое время

**29. Часто ли Вам кажется, что Вы сделали ошибку в каких-то жизненных ситуациях?**

- а) довольно часто
- б) время от времени
- в) никогда

**30. Случалось ли Вам ошибаться в людях?**

- а) довольно часто
- б) время от времени
- в) никогда

**31. Если объективные факты свидетельствуют об одном, а Ваша интуиция говорит Вам другое, что важнее?**

- а) опираться на объективные факты
- б) доверять интуиции

**32. Как Вы могли бы оценить собственную успешность и достижения – в отношениях с людьми, в учебе, в перспективах, в работе, личной жизни и т.д.?**

- а) выше, чем у большинства Ваших сверстников
- б) примерно так же, как и у других
- в) ниже, чем у других людей моего возраста

**33. Мои успехи и достижения (как и неудачи) зависят:**

- а) на \_\_\_\_\_ % от моих собственных усилий и решений

б) на \_\_\_\_\_% от не зависящих от меня обстоятельств жизненной ситуации

в) на \_\_\_\_\_% от других людей – моих родителей, родных, близких, друзей и др.

сумма = 100 %

**34. Я мог бы добиться большего, если бы**

---

---

---

**35. Какой период Вашей жизни был/является для Вас наиболее насыщенным значимыми событиями?**

- а) период детства
- б) период юности
- в) начало самостоятельной жизни
- г) время сейчас
- д) думаю, что это время еще впереди

**36. Можно ли назвать Вас педантичным человеком в отношении времени?**

- а) на встречи с людьми, как деловые, так и личные, я чаще всего прихожу немного заранее
- б) на встречи с людьми я обычно прихожу вовремя
- в) честно говоря, я довольно часто опаздываю

**Как Вы считаете, какое время жизни является лучшим для человека?**

---

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

**Рисунок Б.1 Корреляционные взаимосвязи особенностей пищевого поведения с невротическими проявлениями личности**

